

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA PSYCHOLOGIE



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. KRISTÝNA KELLNEROVÁ

**STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU A OSOBNÍ PŘÍČINNÁ
ORIENTACE U ŽEN PODSTUPUJÍCÍCH LÉČBU NEPLODNOSTI**

**STRATEGIES FOR COPING WITH STRESS
AND PERSONAL CAUSALITY ORIENTATION IN WOMEN
UNDERGOING INFERTILITY TREATMENT**

Praha, 2011

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Niederlová, Ph.D.

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Markétě Niederlové, Ph.D., za podnětné vedení diplomové práce, vstřícný přístup při hledání tématu, trpělivost při zodpovídání všech mých dotazů a především za příjemnou spolupráci.

Velmi děkuji všem, kteří mi věnovali svůj čas a cenné rady: PhDr. et JUDr. Stanislavě Dudové, Iloně Haasové, PhDr. Tamaře Hrachovinové, CSc., taktéž PhDr. Markétě Rokytové za konzultace a distribuci dotazníků, RNDr. Petru Boschkovi za konzultace statistického zpracování a v neposlední řadě Prof. PhDr. Petru Weissovi, Ph.D., za doporučení literárních zdrojů a poskytnutí kontaktů pro realizaci empirické části.

Tuto práci by nebylo možné realizovat bez ochoty všech, kteří mi pomohli se sběrem dat, a tímto srdečně děkuji MUDr. Jitce Řezáčové a kolektivu sester z Centra asistované reprodukce Ústavu pro péči o matku a dítě, MUDr. Karlu Řežábkovi, CSc., Mgr. Janě Vackové a sestrám z centra asistované reprodukce gynekologicko-porodnické kliniky VFN Apolinář, MUDr. Kateřině Jarolímkové, gynekoložce, a Lence Šimkové, zakladatelce a ředitelce projektu Ratolest, a všem ženám, které vyplnily dotazníky.

Za naprogramování on-line formy dotazníků vděčím Janu Škodovi.

Za pomoc se závěrečnými úpravami děkuji Markétě Jestřábové, Biance Bellové a Petru Brožovi.

Děkuji svým rodičům, sestře Elišce a všem blízkým za podporu v průběhu studia.

Velmi děkuji svému partneru Georgimu Bečevovi za pomoc a důvěru, kterou mi po celou dobu studia i psaní této práce projevoval.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Černošicích dne 14. prosince 2011

Kristýna Kellnerová

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá tématem neplodnosti a její léčby. Jak v teoretické, tak v empirické části se zaměřujeme na ženské aspekty spojené s touto oblastí.

Teoretická část je shrnutím poznatků důležitých pro orientaci v předkládané problematice. Zabýváme se vymezením pojmů, popisem příčin neplodnosti z hlediska psychologického i fyziologického, procesem léčby neplodnosti a s ní spojenými aspekty. Důraz je kladen na roli stresu a strategií zpracování stresu v souvislosti s neplodností a její léčbou, dále osobní příčinnou orientací ve vztahu k prožívané míře stresu jako jedné z determinant zpracování stresu.

V empirické části si klademe za cíl popsat užívání strategií zpracování stresu u námi získaného souboru žen, rozložení osobní příčinné orientace u těchto žen a zachytit případné souvislosti. Soubor tvoří 57 žen aktuálně podstupujících léčbu neplodnosti. Pro sběr dat jsme použili inventář SVF 78, Dotazník osobní příčinné orientace DOPO a anamnestický dotazník vlastní konstrukce.

Na základě získaných dat jsme zjistili určitá specifika v užití strategií zpracování stresu a rozložení osobní příčinné orientace u tohoto souboru žen.

Klíčová slova: neplodnost
sterilita
léčba
strategie zpracování stresu
osobní příčinná orientace
ženy

Abstract

This master thesis deals with infertility and its treatment. Both in the theoretical and empirical part, it focuses on the female aspects of the issue.

The theoretical part summarizes the knowledge which is important to understand the presented problems. We define the terms; we describe the psychological and physiological causes of infertility, the process of treatment of infertility and aspects thereof. We focus on the role of stress and the strategies of coping with stress related to infertility and its treatment; furthermore, we deal with personal causality orientation related to the experienced level of stress as one of the determinants of coping with stress.

Our aim in the empirical part is to describe the use of strategies of coping with stress within the sample of women acquired by us, the distribution of personal causality orientation of these women and to capture the possible connections. The sample is made of 57 women who are currently undergoing a treatment for infertility. To collect the data, we used the SVF 78 Inventory, the DOPO Questionnaire of the Personal Causality Orientation and a self-developed anamnestic questionnaire.

Based on acquired data, we established some specificity in the use of strategies of coping with stress and the distribution of personal causality orientation within our sample of women.

Key words: infertility
 treatment
 coping with stress
 personal causality orientation
 women

Obsah

Úvod	8
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1. Neplodnost	10
1.1 Kdy diagnostikujeme neplodnost.....	10
1.2 Užití základních pojmů	11
1.3 Neplodnost v číslech	11
1.4 K fyziologii reprodukčního systému ženy	12
1.5 Příčiny neplodnosti	14
1.5.1 Příčiny neplodnosti z pohledu psychologie	17
1.5.1.1 Teorie o příčinách neplodnosti založené na psychoanalytické teorii ...	20
1.5.1.2 Teorie o vlivu stresu	24
1.6 Léčba neplodnosti	26
1.6.1 Vyšetření pro neplodnost	26
1.6.2 Metody léčby neplodnosti.....	28
1.7 Psychologické aspekty spojené s neplodností a její léčbou.....	30
Shrnutí.....	34
2. Stres a jeho zvládání v souvislosti s neplodností.....	35
2.1 K fyziologii stresové reakce	35
2.2 Stres a neplodnost z různých pohledů.....	36
2.2.1 Stres a jeho vliv na výsledek léčby	37
2.2.2 Stres jako důsledek léčby.....	39
2.3 Zvládání stresu	41
2.3.1 Teoretické přístupy	41
2.3.2 Typy strategií zvládání stresu	44
2.3.3 Strategie zpracování stresu u žen léčících se pro neplodnost	46
2.3.4 Osobní příčinná orientace ve vztahu ke stresu a jeho zvládání	47

2.3.4.1	Co rozumíme pod pojmem osobní příčinná orientace	47
2.3.4.2	Osobní příčinná orientace a stres	48
2.3.4.3	Osobní příčinná orientace a strategie zpracování stresu	49
Shrnutí.....		50
II. EMPIRICKÁ ČÁST.....		52
1.	Cíl výzkumu	52
2.	Sběr dat.....	52
3.	Charakteristika souboru	53
4.	Použité metody.....	61
4.1	SVF 78	61
4.2	Dotazník osobní příčinné orientace – DOPO	63
4.3	Anamnestický dotazník.....	64
5.	Metody zpracování dat.....	64
6.	Výsledky.....	65
6.1	Výsledky SVF 78.....	65
6.2	Výsledky DOPO	67
6.3	Souvislosti mezi výsledky SVF 78 a DOPO	68
7.	Diskuse	70
Závěr.....		77
Seznam použité literatury.....		78
Seznam příloh.....		87

Úvod

Neplodnost sužovala páry od nepaměti. Vždyť již jako děti jsme se s tématem neplodnosti setkávali v pohádkách. Stejně tak i dnes je nemožnost počít a porodit dítě zdrojem trápení nemalého počtu párů. S postupem lékařské vědy je mnoha dvojicím, které by dříve byly odsouzeny k neplodnosti, umožněno mít vlastní dítě. Současně procento párů, které se léčí pro neplodnost, není zanedbatelné. Jedná se o intenzivně rozvíjenou oblast. Ostatně není tomu dávno, kdy se díky umělému oplození vajíčka mimo tělo matky a následnému embryotransferu v roce 1978 narodilo první dítě jménem Louise Brownová (Mardešić, 2002).

Cesta za vytouženým potomkem však může být trnitá, protkaná četnými zklamáními, obavami a bolestí duševní i tělesnou. Proto, i když v léčbě neplodnosti je účastna převážně medicína a její metody, nemalým dílem si zaslouží také pozornost psychologů. Té se jí ostatně dostává. Svědčí o tom množství psychologických výzkumných studií a publikací, které se na neplodnost a s ní spojenými aspekty jako na téma zaměřují.

S rozvojem léčebných metod a postupů souvisí jednak zvýšení naděje na početí, ale také značná zátěž pramenící z charakteru léčby. Neplodnost postihuje vždy celou dvojici. Z podstaty léčebných metod ale spadá větší zátěž na ženina bedra. Rozhodli jsme se tedy věnovat se neplodnosti z pohledu na ženu, ačkoli žádným způsobem nechceme podceňovat nároky, které klade léčba na muže, jeho úlohu v celém procesu, stejně jako aspekty vztahové, jež pokládáme za neméně důležité, i když pro účel této práce není vhodné se jimi důkladněji zabývat.

V teoretické části bychom čtenáře rádi uvedli do problematiky neplodnosti, a to jak s ohledem na aspekty z oblasti psychologie, tak lékařství. Protože neplodnost není primárně psychologickou oblastí, rozhodli jsme se pojmut téma komplexně. Od vymezení pojmů a základních údajů přes možné příčiny až k léčbě a jejím konsekvencím. Vždy se budeme snažit pojednat jak o aspektech psychologických, tak o fyziologických a medicínských souvislostech. Domníváme se, že pro pochopení celé problematiky není možné tyto aspekty oddělit. Současně však předesíláme, že se nejedná o práci z oboru lékařství a v některých případech nemůžeme v souladu s konceptem celé práce podat kompletní referenci o složitých fyziologických procesech či lékařských metodách. Současně se jen okrajově zmíníme o roli muže a aspektech vztahových, a to vždy tam, kde jsme toto pokládali z důvodu zachování logické návaznosti za nutné. Nebudeme se také

věnovat tématům, jako jsou proměny významu rodičovství v soudobé společnosti, či etické aspekty léčby neplodnosti, které s neplodností jako s tématem souvisí, ale nejsou předmětem této práce a zasloužily by si více prostoru, než bychom zde mohli poskytnout.

Množství publikované literatury k tématu je značné. Jsme si vědomi, že není v našich možnostech zachytit veškeré poznatky, ke kterým věda za dlouhá léta výzkumu dospěla. Budeme se snažit, zejména tam, kde se jedná o přímou souvislost s neplodností, vycházet ze zdrojů novějších. Domníváme se, že mnoho aspektů spojených s prožíváním neplodnosti se může v závislosti na vývoji měnit, například s rozvojem a zvýšenou dostupností metod umělého oplodnění. Některé starší práce tak nemusí být uvedeny, i když víme, že jejich hodnota je často značná a výrazně přispěly k rozvoji tématu.

Šířeji se budeme věnovat úloze stresu jak v roli možné příčiny neplodnosti a neúspěchu léčby, tak jako produktu léčby. Stres je téma, kterému je v současné psychologii věnován značný prostor, a nebudeme tedy pojednávat detailně o stresu jako o psychologickém konceptu. Zdá se nám vhodnější zacílit naši pozornost tam, kde se zmíněné oblasti protínají.

Z důvodu zaměření empirické části práce je nepostradatelné věnovat se zpracování stresu. I když zde uvedeme některé obecnější informace, budeme se snažit neopomenout přímé souvislosti s neplodností. Na koncept osobní příčinné orientace bude poté nahlíženo zejména jako na jednu z determinant zpracování stresu, i když víme, že v oblasti psychologie zdraví, a nejen tam, je tématem diskutovaným a poskytl by dostatek materiálu pro samostatnou studii.

Stres je s neplodností neodmyslitelně spjat. Jistě si dokážeme alespoň vzdáleně představit, že dlouhodobá léčba a případné neúspěchy jsou stresorem značným. Víme, že míra prožívaného stresu i jeho důsledky jsou spojeny s tím, jak se který člověk ke stresující události staví. Současně tendence více využívat některých strategií stresu mohou být ovlivněny určitými osobnostními charakteristikami a jednou z nich je i osobní příčinná orientace. V empirické části proto chceme identifikovat a popsat případné charakteristiky v užívání určitých strategií zpracování stresu, rozložení osobní příčinné orientace u žen podstupujících léčbu neplodnosti a prozkoumat jejich souvislosti. Víme, že se jedná o velmi komplexní oblast a nemůžeme ji postihnout ve všech jednotlivostech, přesto se pokusíme podat referenci o určitém, konkrétním tématu.

Byli bychom velmi rádi, kdyby se naše práce stala skromným příspěvkem do rozsáhlé oblasti studia neplodnosti nebo byla podnětem dalším studentům či odborníkům.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Neplodnost

1.1 Kdy diagnostikujeme neplodnost

Za neplodnost je v české i zahraniční literatuře nejčastěji považován stav, kdy po jednom roce nechráněného pohlavního styku nedojde k otěhotnění (Cedars a Cedars, 2005; Ebbesen et al., 2009; Mardešić, 1996; Novotny, 1997; Ulčová-Gallová, 2006; Zvěřina, 1992). Tato definice bývá doplněna o požadavek na charakter pohlavního styku ve smyslu jeho pravidelnosti (Koryntová, 1999; Řežábek, 2008a; Mardešić, 2010), zmínce o jeho dobrém načasování (Doherty a Clark, 2006) či zkonkretizován na počet pohlavních styků v určitém časovém období, kdy například Řežábek (2002) udává jako minimální frekvenci pohlavního styku 2x týdně.

Časový údaj jednoho roku v definicích neplodnosti, zdá se, vychází z faktu, že zdravá žena ve dvaceti letech otěhotní v průměru po čtyřech cyklech, ve věku 25 – 35 let se tato hranice již posouvá k šesti cyklům a od třiceti pěti let se doba potřebná k otěhotnění prudce prodlužuje. Po čtyřicátém roce klesá pod hranici pěti procent (Řežábek, 2008b). Šance otěhotnět se tedy u žen zásadně snižuje počínaje třicátým pátým rokem, přičemž po čtyřicátém druhém roce se blíží k nule (Řežábek, 2008a). Pravděpodobnost, že žena otěhotní v jednom cyklu, není nijak vysoká, pohybuje se zpravidla v rozmezí 20 – 25 % (Mardešić, 2002).

Podle Světové zdravotnické organizace – WHO – hovoříme o sterilitě až po dvou letech pravidelného pohlavního styku, kdy nedojde k otěhotnění (World, 2011). I v tuzemské literatuře jsme se mohli ještě před několika lety setkat s vymezením neplodnosti časovým údajem dvou let (Ulčová-Gallová, 2002). Nyní se však od tohoto určení upouští ve prospěch vymezení rokem jedním (Ulčová-Gallová, 2006). Důvodem této tendence je pravděpodobně fakt, že dokud nevyslovíme diagnózu neplodnost, nemáme důvod pro aktivní léčbu a s vyšším věkem ženy se odsunutí důkladného vyšetření a léčby může stát z hlediska naděje na těhotenství výrazně rizikovým, neboť jak bylo zmíněno, ženská plodnost s věkem výrazně klesá. U žen, jejichž věk přesahuje 35 let, se tedy mnohdy nečeká ani již zmiňovaný jeden rok (Řežábek, 2008a).

1.2 Užití základních pojmů

Při studiu tématu se setkáváme s různým pojmovým aparátem, přičemž ne všechny termíny jsou používány shodně. Pro správnou orientaci v problematice je důležité vymezit některé pojmy, zejména ty, u kterých by mohlo dojít k záměně.

V českých publikacích jsou shodně užívány pojmy neplodnost a sterilita (Řežábek, 2008a). Oproti tomu infertilitou je zpravidla myšlena neschopnost dítě donosit (Novotny, 1997; Řežábek, 2008a). Také se můžeme setkat s označením narušená plodnost, a to ve významu synonyma pojmu neplodnost (Mardešić, 2010). Tento termín se zdá být, z pohledu pacienta či pacientky, vhodnější, protože neplodnost ve svém významu implikuje dojem nezvratnosti, což pro pár nemusí být příjemné. Ve většině publikací se však setkáme s označením klasickým.

Setkáme-li se s diagnózou primární a sekundární neplodnost, pak primární neplodností označujeme stav, kdy pacientka nikdy nebyla těhotná, o neplodnost sekundární se jedná tehdy, pokud již žena těhotná byla, a to i v případě, že její těhotenství skončilo potratem (Doherty a Clark, 2006; Řežábek, 2008a). Někteří autoři primární neplodností mohou označovat i stav, kdy žena nemá ani neměla vlastní biologické děti (Sexton, Byrd a von Kluge, 2010) a přítomnost potratu v takovém případě není pro diagnostiku sekundární neplodnosti určující.

V literatuře anglosaské se podobný pojmový aparát používá odlišně od terminologie české. Anglické „infertility“ překládáme jako neplodnost čili sterilitu. S pojmem „sterility“ se setkáme jen velmi zřídka (Řežábek, 2008a). Diagnóza „sterility“ v anglosaské literatuře ve svém významu těhotenství naprosto vylučuje. Na rozdíl od infertility se tedy jedná o stav nezvratný (Vlasová, 1997). Ani na toto vymezení se však nemůžeme zcela spolehnout. Například Kubíček (2004) pojednává ve své publikaci o mužské infertilitě. Zpravidla je tedy úkolem čtenáře náležitě se zorientovat v pojmosloví.

Pro účely této práce se budeme držet přednostně takového vymezení, kdy pojem infertilita je užíván ve významu neschopnosti dítě donosit a pojmy neplodnost shodně s pojmem sterilita jako absence otěhotnění po jednom roce pravidelného pohlavního styku.

1.3 Neplodnost v číslech

Vlivem odkládání těhotenství do pozdějšího věku, vyššího výskytu pohlavně přenosných nemocí, zejména infekce chlamydiemi, faktorů životního stylu, jako jsou

kouření a obezita, narůstá v rozvinutých zemích míra neplodnosti (Ostró, Pilka a Lešník, 2009). Procento neplodných párů v tuzemsku se pravděpodobně pohybuje od 10 do 15 % (Koryntová, 1999; Mardešić, 2010; Řežábek, 2002). Spíše výjimečně se setkáme s čísly vyššími, například Ulčová-Gallová (2006) zmiňuje rozpětí 20 – 25 % párů, které jsou nedobrovolně bezdětné. V zahraniční literatuře, v závislosti na užitých kritériích a charakteristikách populace, se setkáme s rozpětím od 8 až do 33 % neplodných párů (Lapane, Zierler, Lasater, Stein, Barbour a Hume, 1995).

Ne všem však bezdětnost vadí. Existuje skupina párů, které tuto skutečnost kvitují s povděkem (Matějů, Weiss a Urbánek, 2005b). Záměrně bezdětných dvojic je dle Koryntové (2002) v naší populaci 8 – 10 %. Boivin, Bunting, Collins a Nygren (2007) prostřednictvím studia literatury dostupné v databázi PubMed od roku 1990 zjistili, že průměr vyhledání odborné pomoci u neplodných párů je v rozvinutých zemích 56,1 %. Zbytek jsou tedy páry, kterým bezdětnost nevadí, nebo se pro ni dobrovolně rozhodli, a páry, které z různých důvodů léčbu nepodstoupily.

Úspěch léčby neplodnosti závisí na mnoha faktorech. Někdy se v jejím průběhu setkáme s otěhotněním spontánním, existuje také určité procento párů, kterým ani moderní léčebné postupy nedokážou pomoci. Obecně však platí, že díky medikamentózní léčbě a možnostem, které skýtají metody asistované reprodukce, se podaří dosáhnout těhotenství přibližně 90 % žen (Řežábek, 2008a).

1.4 K fyziologii reprodukčního systému ženy

„Reprodukční systém ženy produkuje pohlavní buňky, vytváří a vylučuje pohlavní hormony, umožňuje pohlavní spojení a zajišťuje vývoj nového jedince“ (Marešová, 1996, s. 320). V souvislosti s tématem práce se centrem naší pozornosti stane hormonální systém, který, jak bude zřejmé v dalších kapitolách, je často spojován s procesy probíhajícími při stresové reakci. Následující text tedy poslouží spíše jako pomůcka pro lepší porozumění možným souvislostem funkce reprodukčního systému a jeho ovlivnění v závislosti na fyziologických pochodech při stresu. Cílem této podkapitoly není detailně popsat složité fyziologické procesy, ale stručně shrnout základní vědomosti, které poslouží k lepší orientaci v tématu.

Správná funkce reprodukčního systému je závislá na hormonální souhře hypotalamu, adenohypofýzy, vaječníků a dělohy. Má cyklický charakter, přičemž v každém cyklu se opakují tři na sebe navazující fáze, a to fáze hypotalamická, ovariální

a děložní. Tyto fáze můžeme také nazývat primární, ovulační a endometriální – menstruační (Marešová, 1996). Hypotalamus prostřednictvím gonadoliberinu (gonadotropiny stimulující hormon – GnRH) řídí produkci gonadotropních hormonů adenohypofýzy (Rokyta, Marešová a Turková, 2009). Gonadoliberin se vylučuje v pulzech. V první polovině cyklu jsou pulzy v časovém rozmezí přibližně 90 minut a v druhé polovině cyklu v rozmezí čtyř až šesti hodin. (Čepický, 1993). Na tvorbu a sekreci gonadoliberinu mají vliv složité mechanismy pozitivních a negativních zpětných vazeb. Ty jsou regulovány mimo jiné pomocí katecholaminů¹, dopaminu, noradrenalinu a endogenními opioidy.

Gonadotropní hormony adenohypofýzy jsou luteinizační hormon (LH) a folikulostimulační hormon (FSH). Tyto hormony působí na růst a zrání folikulů a ovlivňují tvorbu pohlavních hormonů ve vaječnících (Rokyta, Marešová a Turková, 2002). Folikulostimulační hormon podporuje růst folikulu a zvyšuje množství receptorů pro luteinizační hormon, který folikulární fázi ukončuje. Pokud je sekrece luteinizačního hormonu snížena, dochází k anovulačním cyklům, jak je tomu například při prvních menarché. Gonadotropní hormony svým působením ovlivňují tvorbu pohlavních hormonů ve vaječnících. Tyto pohlavní hormony jsou estrogeny stimulující ovulaci, gestageny, z nichž nejdůležitějším je progesteron, který svým vlivem na endometrium (děložní sliznici) hraje významnou roli udržení těhotenství a mimo jiné prostřednictvím termoregulačního centra v hypotalamu zvyšuje bazální teplotu při ovulaci a androgeny². Estrogeny a progesteron však působí tlumivě na produkci folikulostimulačního a luteinizačního hormonu. To zabraňuje zrání dalšího folikulu, které by bylo v případě oplodnění nežádoucí. Takový vliv má i inhibin, který je produkován žlutým tělískem. Pokud nedojde k oplození, žluté tělísko involuje, sníží se produkce estrogenů a progesteronu. Toto vyvolá zvýšené vyplavování folikulostimulačního hormonu a cyklus se opakuje (Marešová, 1996). Činnost hypotalamu je ovlivňována mozkovou kůrou a kvůli provázanosti celého hormonálního systému může fyzický i psychický stres vážně narušit reprodukční funkce ženy, jak bude dále ozřejmáno (Rokyta et al., 2009).

¹ Mezi katecholaminy se řadí adrenalin, noradrenalin a dopamin. Působí jako neurotransmitery v NS a hormony tvořené dření nadledvin (Vokurka a Hugo, 1998).

² Androgeny jsou mužské pohlavní hormony, u ženy vznikají v kůře nadledvin, mj. způsobují ochlupení v podbřišku a v podpaží.

1.5 Příčiny neplodnosti

Pokud chceme studovat problém, v tomto případě neplodnost, je nezbytné zabývat se jeho podstatou, tedy jejími příčinami. Psychologové i lékaři si kladou stejnou otázku, kterou zodpovídají různými způsoby. Avšak podobně, jako se navzájem ovlivňuje fyzické a psychické prožívání, se i tyto dva úhly pohledu v určitých místech vzájemně prolínají.

Ačkoli v následující kapitole uvádím v základním přehledu příčiny neplodnosti mužské i ženské, s ohledem na zaměření práce se následně budu blíže zabývat příčinami neplodnosti u ženy.

V mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (2008) nalezneme diagnózu neplodnost pod kódy N46 a N97. Kód N46 je označení pro neplodnost mužskou, která se dále dělí na **Azoospermii** a **Oligospermii**³.

N97 je kódem pro diagnózu ženská neplodnost, která má tyto podkategorie:

„0 Ženská neplodnost spojená s anovulací

.1 Ženská neplodnost tubárního původu

Spojená s vrozenou anomálií vejcovodu

Tubární:

- . blokáda*
- . neprůchodnost*
- . stenóza*

.2 Ženská neplodnost děložního původu

Spojená s vrozenou anomálií dělohy

Nonimplantace vajíčka

.3 Ženská neplodnost cervikálního původu

.4 Ženská neplodnost spojená s mužskými faktory

.8 Ženská neplodnost jiného původu

.9 Ženská neplodnost NS“ – nespecifikovaná (pozn. aut.), (Mezinárodní, 2008, s. 502).

³ Oligospermie je snížené množství spermií v ejakulátu, a to pod hranici 20 mil., kdy za normu je považován stav od 20 do 80 mil. spermií na 1 ml ejakulátu. Azoospermie je stav, kdy chybí zralé spermie. Dalšími možnými diagnózami jsou například aspermie, kdy chybí jakékoli spermie v ejakulátu či teratozoospermie, kdy je normálně utvářených spermií v 1 ml ejakulátu nižší než 60 % (Breckwoldt, 1997).

V následujícím přehledu Ulčové-Gallové (2006) najdeme, včetně již zmíněných, i takové příčiny neplodnosti, jejichž podstata nemusí být primárně uložena v oblasti pohlavních či rozmnožovacích orgánů, ale jejich dopady k neplodnosti vedou.

Příčiny u muže:

1. Porucha pohlavní aktivity
 - impotentia coeundi (neúspěšné pokusy o pohlavní styk)
 - impotentia generandi (neúspěšné pokusy o pohlavní styk spojené s poruchou vytváření spermií)
2. Porucha vytváření spermií ve varlatech, nadvarlatech a vývodných systémech
3. Hormonální příčina neplodnosti
4. Imunologická příčina neplodnosti

Příčiny u ženy:

1. **Nepravidelnosti pochvy** (1 %) – špatné vyvinutí anatomie pochvy či opakované záněty, u kterých hrozí přestup infekce do jiných částí reprodukčního systému
2. **Příčiny v oblasti děložního hrdla** (3 %) – správná hustota a pH hlenu (7,4 – 8,1) umožňuje lepší přežívání a pohyb spermií
3. **Anatomické poruchy dělohy** (5 %) – nevyvinutá či nedostatečně vyvinutá či zdvojená děloha, děloha s přepážkou, srůsty apod., či poruchy výstavby endometria
4. **Poruchy vejcovodů** (20 %) – nejčastěji neprůchodnost či porucha pohyblivosti vejcovodů
5. **Poruchy vaječníků** (40 %) – zpravidla hormonální porucha spočívající v nedostatečné činnosti vaječníků, další vlivy spojené s hormonálním ovlivněním systému, syndrom polycystických vaječníků
6. **Imunologické příčiny neplodnosti** (11 %) – vytvoření protilátek proti spermiím či vajíčku, endometrióza
7. **Psychické příčiny** (6 %) – více v kapitole „Příčiny neplodnosti z pohledu psychologie“
8. **Neznámé příčiny** (9 %) – příčiny s neobjasněnou etiologií (idiopatická neplodnost)
9. **Další příčiny** (nesprávná výživa, nedostatek vitaminů, nadměrná hmotnost a přílišná hubenost)

Řežábek (2002) předkládá další faktory, které vedou k neplodnosti u ženy. Kromě již uvedených jsou to také příčiny vrozené, jako například Turnerův syndrom či androgenní senzitivizace, mezi morfologickými příčinami Ashermanův syndrom (absence endometria), nemoci jako toxoplazmóza či borelióza, případně neplodnost spojenou s užíváním některých druhů léků. Na plodnost mohou mít negativní vliv i jiná onemocnění nádorového typu, těžké avitaminózy, postižení nadledvin, diabetes mellitus, thyreopatie. Příčina s psychogenním původem, která by neměla být opomenuta, je vaginismus, což je křečovitě stažené svalstvo okolo vchodu poševního. To brání coitu a k početí zákonitě nemůže dojít (Řežábek, 2008b).

V návaznosti na tyto přehledy musíme upozornit na značná úskalí, která skýtá rozdělování psychologických a fyziologických příčin neplodnosti. Fyziologické a psychologické procesy jsou značně provázané. Také u psychologické příčiny je nezbytné její promítnutí se do nějaké fyziologické změny, která je příčinou přímou a jasně prokazatelnou (Čepický, 1993; Matějů et al., 2005b). Chvála, Machander, Machanderová, Knop, Štuplová a Tichá (1991) uvádějí následující příznaky a poruchy, jejichž prostřednictvím může být zabráněno početí. Jejich příznaky mohou být obranou před mateřskou rolí v důsledku psychické nezralosti ženy. Jsou jimi projevy mentální anorexie, různé poruchy sexuálního vývoje znemožňující navázat heterosexuální vztah, vaginismus, anovulace, vytvoření protilátek proti spermiím partnera, neplodnost funkční, zánětlivé procesy v malé pánvi či jiné onemocnění bránící těhotenství.

Nejen z důvodů léčby sterility, ale také z psychologických důvodů je však přínosem, známe-li možné příčiny neplodnosti. I u organických poruch je psychologická komponenta důležitým faktorem, a to jak na místě příčiny, tak součinitele nebo následku (Matějů et al., 2005b). V dnešní době se již stává běžným zvykem nazírat na nemoc prostřednictvím biopsychosociálního modelu, a tedy předpokládat u nemoci těla psychologické i sociální komponenty, a opačně u nemocí s primárně psychickým podkladem pozorovat dopady v rovině tělesné i sociální (Morschitzky a Sigrid, 2007).

V kontextu této práce by bylo chybou neupozornit na úskalí, která s sebou nese snaha rozlišit neplodnost s psychologickou či fyziologickou příčinou, zpravidla za účelem realizace výzkumných studií. Čepický (1993) důrazně upozorňuje na časté, avšak nesprávné slučování neplodnosti bez prokázané příčiny a neplodnosti s psychogenním původem. Příčina bez prokázané etiologie je skutečně taková, kde se příčinu nepodařilo najít. Není tedy důvod k tomu, aby musela být automaticky spojována s příčinou

psychogenní, jak se tomu mnohdy děje. Z tohoto důvodu tedy bylo jako dominantní uvedeno rozdělení příčin neplodnosti dle Ulčové-Gallové, jež se tomuto díky své podrobnosti vyhýbá.

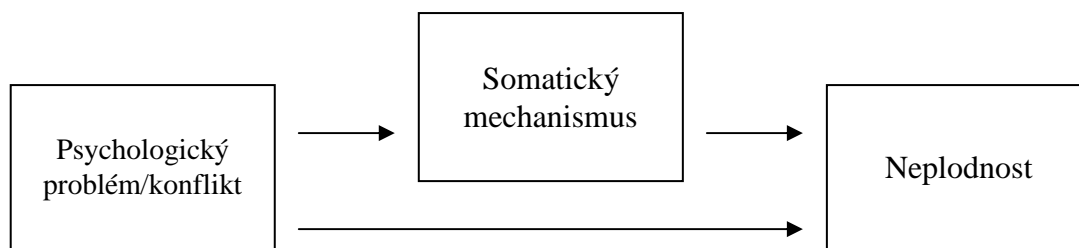
1.5.1 Příčiny neplodnosti z pohledu psychologie

Mnohé psychologické teorie se snaží ustanovit teoretický základ vlivu psychických pochodů na tělesné fungování a vznik nemoci.

Co mají v pohledu na psychosomatiku společného teorie pokoušející se vysvětlit vznik psychosomatického onemocnění s natolik rozdílnými koncepty, jimiž je například stres, behaviorální naučená odpověď, tělesný ekvivalent afektů, sebetrestání, resomatizace, regrese na úroveň psychofyzické organizace osobností a další? Jedná se o ideu jednostranného tělesného reagování namísto adekvátní psychologické odpovědi nebo zpracování zátěžové situace (Poněšický, 2006). V tomto případě tedy do oblasti reprodukční funkce.

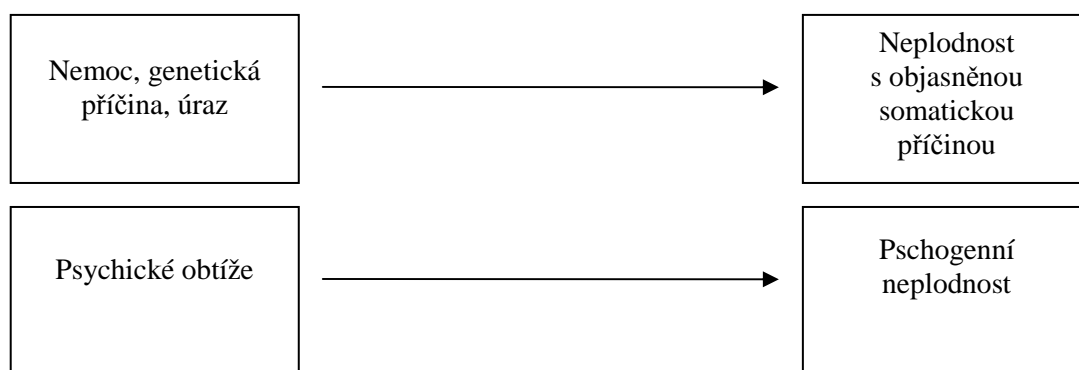
Faktorů spojovaných s psychosomatickou neplodností bylo identifikováno přibližně 50, téměř u žádného se však nepodařilo nalézt nezpochybnitelné důkazy nezbytné k jejich prokázání (Čepický, 1993). Van Balen (2002) popsal a graficky znázornil změny v tendenci výkladu příčin neplodnosti z hlediska proměny role psychického faktoru jako příčiny a následku.

Jedním ze zásadních, a zejména v období po druhé světové válce by se dalo říci, že dominantní, byl model psychogenní. Neplodnost vnímal jako důsledek konkrétních psychologických mechanismů u ženy. Bral v úvahu i fyziologické problémy s neplodností spojované, ale v zásadě jako důsledky psychického působení. Průkopnicí v této oblasti byla zejména Helena Deutchová. Grafické znázornění tohoto modelu vypadá takto:



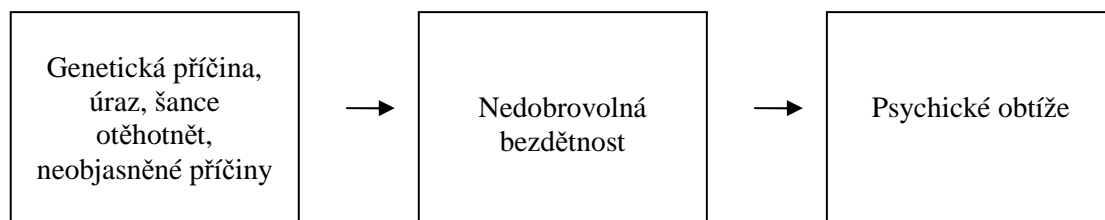
Obrázek 1 Psychogenní model (podle van Balen, 2002)

S rozvojem lékařské vědy a diagnostických možností začaly nabírat na významu argumenty z oblasti genetiky, výzkumu nemocí či infekcí, které mají za následek neplodnost. Počet případů neplodnosti bez prokázané příčiny se postupně snižoval z téměř 50 % v roce 1960 k přibližným 15 % z počátku osmdesátých let. Spolu s tím se změnil i pohled na psychické a somatické aspekty účastníků se na vzniku neplodnosti, a to oddělením psychologických a fyziologických příčin a částečným ztotožněním neplodnosti bez objasnění příčiny s neplodností psychologicky podmíněnou.



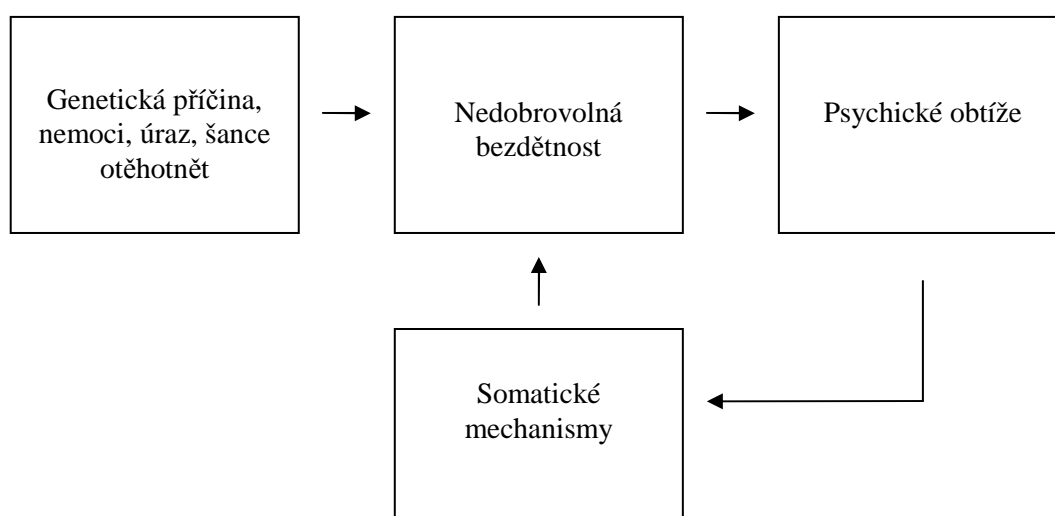
Obrázek 2 Psychogenní vysvětlení neplodnosti bez objasněné příčiny (podle van Balen, 2002)

V osmdesátých letech nastal další odklon od výkladu, byť jen některých typů neplodnosti jako následků určitých psychologických procesů. Stres, úzkost, deprese i psychické konflikty začaly být považovány převážně za důsledky neplodnosti než za její příčinu. Výzkumníkům se nedařilo prokázat psychologickou příčinu jako dominantní, důraz se začal klást na pocity, které se pojily s léčbou neplodnosti, jež doznávala značného pokroku. Neplodnost začala být odborníky široce akceptována jako vysoce stresující a náročná životní zkušenost. Grafické znázornění pak vypadá takto:



Obrázek 3 Model psychologického efektu neplodnosti (podle van Balen, 2002)

Na podkladě a teoretických základech zmíněných přístupů pak vznikl, a z jejich východisek těží, cyklický model neplodnosti, který je dnes považován za jeden z nejrozšířenějších výkladových rámců. O negativních účincích zkušenosti s neplodností a léčbou se dnes, jak bylo zmíněno, nijak nespekuluje. Tyto negativní dopady by pak dle některých vědců mohly mít negativní vliv na výsledky léčby, a to především prostřednictvím hormonální nerovnováhy způsobené stresem. Grafické znázornění tohoto cyklického modelu pak vypadá následovně:



Obrázek 4 Cyklický model (podle van Balen, 2002)

Výše zmíněné však rozhodně neznamená, že by bylo upuštěno od snahy dokázat psychologickou příčinu neplodnosti či dominantní vliv psychiky v konkrétních případech, či že by toto bylo vyvráceno. Jazykem statistiky by se současný stav dal popsat slovy „nulová hypotéza doposud nebyla potvrzena“.

Osvětlit, případně dokázat psychogenní původ neplodnosti je tedy pro výzkumníky zabývajícími se tímto tématem jednou z největších, nejkomplexnějších a pravděpodobně také nejkontroverznějších výzev. Východiskem jejich bádání jsou zpravidla dvě teorie, jejichž pomocí se snaží příčiny neplodnosti vysvětlit. První staví své hypotézy na teoretických základech psychoanalýzy, druhá pracuje se stresem a jeho vlivy na zdraví, v tomto případě tedy lidskou reprodukci (Kipper a Zadik, 1996).

Samozřejmě existují mnohé další psychologické teorie a školy, jejichž výkladový rámec by obsáhl i diagnózu neplodnosti, jak bylo ostatně zmíněno. Vzhledem k zaměření práce však není vhodné důkladně popisovat možné pohledy na psychologický původ

neplodnosti. Omezím se tedy na již zmiňované dva výklady, a to z důvodu již uvedeného, tedy zaměření výzkumných prací a dále z přesvědčení, že psychoanalytický pohled značně ovlivnil pojetí na psychický původ nemoci. Domnívám se, že i když některé koncepty již v kontextu doby nemůžeme považovat za aplikovatelné, jejich přesah je možné objevit v dalších oblastech života odborného i laického. Teorie o vlivu stresu je v souladu se zaměřením praktické části diplomové práce její nepostradatelnou součástí.

1.5.1.1 Teorie o příčinách neplodnosti založené na psychoanalytické teorii

Z prací Sigmunda Freuda a jeho žáků či žaček byl ustanoven základ pro moderní psychosomatiku. Model konverze poukazoval na fakt, jak důležitý význam pro vznik tělesných obtíží mají psychické konflikty (Baštecký, 1993; Morschitzky a Sigrid, 2007). Ač je psychoanalytickým konceptům všeobecně vytýkána nízká podloženost výzkumnými pracemi, má tento výkladový rámec v psychologii své nezastupitelné místo.

Dle Freuda (1969) prochází psychosexuální vývoj ženy fází, kterou ve zdárném vývoji chlapce nenalezneme. Jedná se o odklon od matky, která je jak pro chlapce, tak i pro děvče prvním objektem lásky, směrem k otci. Za normálního průběhu děvče projde fází odklonu od matky i přechodu od objektu otcovského k definitivní volbě objektu. Ve fázi odklonu od matky zároveň opouští uspokojování pomocí klitoris a prožívá zahanbení z nedostatečnosti klitoris oproti penisu. Tato závist tedy budí silný odpor ke klitorické onanii. Současně se děvče tímto odklonem od masturbace vzdává i části své aktivity. Tento vývoj zakládá půdu pro vývin ženskosti, která se může normálně vyvinout, pokud se vytěšněním neztratí příliš mnoho. Dítě se na otce obrací s původním přáním penisu, jenž mu matka odepřela. Skutečná ženská situace vyvstane tehdy, pokud je touha po penisu dle symbolické ekvivalence nahrazena touhou po dítěti. Dřívější hra děvčete s panenkami není tedy hrou děvčete na matku, ale identifikací s matkou. Až při vyústění touhy po penisu v touhu po dítěti se panenka stane dítětem od otce. Touha ženy otěhotnět je tedy dle Freuda na nevědomé úrovni touhou po penisu, vlastnictvím otce a také vítězstvím nad matkou sokyní.

Významného posunu v pohledu na sexualitu, a potažmo i na těhotenství, přinesla práce Melanie Kleinové. Kleinová zdůraznila význam vnitřního obnažení se při sexu, a to jak ve významu dávání, tak přijímání slasti: schopnost poskytovat potěšení a slast ve významu lásky silnější než nenávisti, schopnost vzrušit se a být uspokojen druhým ve významu být živý a prospívání vnitřních objektů. Těhotenství má v této souvislosti význam

jako reflexe vnitřního objektního světa. Plodnost u muže i u ženy je důkazem vnitřní životaschopnosti a zkušenosti, která je také dostatečně životaschopná. Otěhotnění jako důkaz, že i přes destruktivní pocity je možné, aby něco přežilo a rostlo. Důkaz dobra vnitřního objektního světa. Neplodnost je potom pravým opakem zmíněného. Je to obava z vnitřní mrtvolnosti, neschopnosti vytvořit a udržet životaschopné a prosperující vztahy, obavy z neschopnosti lásky (Mitchell a Black, 1999).

Zásadního zpracování výkladu možných příčin neplodnosti přinesla práce Heleny Deuchové. Sama popisovala velmi negativní pocity týkající se jejího prvního těhotenství, které jako několik jejích dalších těhotenství skončilo potratem. Snad i díky vlastní zkušenosti věnovala tolik pozornosti této oblasti. Deuchová kromě biologických a psychologických determinant mateřství zdůrazňovala i aspekty historické a sociální. Touhu po dítěti vnímala jako obranu před feminní pasivitou pomocí identifikace s aktivní matkou, protože dítě umožňuje ženám znovu vytvořit vztah, který vytvořily kdysi se svými matkami. Problém nastává, pokud není přítomna skutečná mateřská osoba, s níž by bylo možno se identifikovat. Mezi psychické příčiny neplodnosti Deuchová řadila dětskou závislost na matce nebo manželovi, která vede k nedůvěře v to, že by se žena sama mohla stát matkou, a přílišnou maskulinitu, která způsobuje odmítání mateřství. Jako další faktor přispívající k neplodnosti uváděla autorka intuitivní pocit, že jejich manžel sám potřebuje, aby o něj žena mateřsky pečovala a nerozptylovala svou pozornost ničím jiným. Některé ženy také mohou vnímat pocity prázdnoty a emoční vyčerpanosti, které jim svou intenzitou zabraňují snášet tvrdé podmínky těhotenství a mateřství (Sayersová, 1999).

V padesátých letech začali někteří autoři publikovat práce zabývající se vlivem nevědomých konfliktů na neúspěšné snahy otěhotnět. Na základě podrobných popisů psychoanalytických sezení došli k takovému závěru, že nenaplněná touha po dítěti je výsledkem působení nevědomých konfliktů souvisejících s naplněním mateřské role. Tyto studie však mají z hlediska vědy některé nedostatky, které zatím nebyly odstraněny. Zejména se jedná o velmi malé vzorky, zpravidla o publikování jednotlivých kasuistik či menších skupin pacientek. Studie, které se pokoušely vysvětlit psychoanalytickým modelem neplodnost idiopatickou, většinou nepracovaly s možností nedostatečné diagnostiky, a tím chybné diagnostiky. Také závěr, že vědomá touha po dítěti je nenaplněna kvůli nevědomému konfliktu, byla zpochybněna, a to již z hlediska zpochybnitelné opravdovosti vědomé touhy. Zpochybněna tedy byla i základní motivace

mít dítě. Ta se zpravidla pojí s úzkostí i na vědomé úrovni, nejen na úrovni nevědomé (Wischmann, 2003).

I přes kritiku těchto studií však pokládám za přínosné uvést příkladem některé z nich, které se pokoušely vnést světlo do vztahu neplodnosti a nevědomých konfliktů, a zároveň doufám, že výše zmíněná kritika pomůže čtenáři vytvořit si relevantní náhled.

Kipper a Zadik (1996) si ustanovili základní výzkumnou hypotézu, podle níž ženy trpící funkční sterilitou a jejich matky budou vykazovat více obtíží ve specifických oblastech ženskosti a mateřství než ženy s organickým nálezem. Také jejich matky měly být podle autorů charakteristické odmítáním či ambivalentním vztahem k jejich vlastní ženskosti a roli matky. Výzkum probíhal za účasti osmdesáti žen, které byly rozděleny do čtyř skupin. 20 žen bez organického nálezu u nich či jejich partnera a 20 jejich matek. Zbylé respondentky byly ženy s diagnózou neprůchodnosti vejcovodu a jejich matky. Na základě zpracování výsledků dospěli k závěru, že skupina dcer s diagnózou funkční neplodnost a jejich a matek skórovala signifikantně výše na škále neuroticismu než skupina žen s diagnózou neprůchodnosti vejcovodu a jejich matek. Také v porovnání dvou skupin matek se ukázalo, že skupina matek dcer s diagnózou funkční neplodnost skórovala ve škále neuroticismu signifikantně výš oproti skupině druhé, zatímco mezi skupinami dcer signifikantně významný rozdíl nalezen nebyl. Rovněž v oblasti emocionálních skórovala skupina dcer s diagnózou funkční neplodnost a jejich matek signifikantně výše než skupina dcer s diagnózou neprůchodnost vejcovodu a jejich matek. Skupina dcer s diagnózou funkční neplodnost byla charakteristická větším stupněm potíží týkajících se oblasti ženství a mateřství. Autoři dospěli k závěru, že diagnóza funkční neplodnost může být spojena s rodinným pozadím poznamenaným emocionálními problémy v oblasti ženskosti, a to na základě zjištěných korelací mezi dcerami s touto diagnózou a jejich matkami. Zároveň však také uvádějí, že na základě těchto dat nemohli udělat jasný závěr ve smyslu problémů v oblasti ženskosti a mateřství jako přímého a primárního původce funkční neplodnosti.

Jak bylo zmíněno výše, pracovat pouze s diagnózou funkční neplodnost je značně problematické z hlediska diagnostiky, i zmiňovaného promítání psychologické příčiny do fyziologických procesů. Je tedy možné vysledovat souvislosti s problematikou ženství a mateřské role u pacientek s podloženou fyziologickou diagnózou?

Lara, Grymberg a Sugiyama (2001) se ve svém kvalitativním výzkumu zaměřili na ženy podstupující léčbu in vitro fertilizace a embryotransfer a mimo jiných kritérií výběru omezili z hlediska diagnózy neplodnosti kritéria výběru respondentek pouze na

diagnózu neplodnosti primární. Dospěli k závěru, že jimi zkoumané ženy měly rysy osobnosti, které shledali výrazně charakteristické pro utváření jejich identity. Jednalo se o určité narcistické rysy osobnosti a problémy ve vztahu k identifikační osobě, které se vyznačovaly buď jejím znehodnocováním, nebo naopak výrazným nadhodnocením.

Čepický (1999) popisuje výsledky práce autorů Jürgensena a Bardé, kteří zkoumali charakteristické rysy pacientek s hyperprolaktinemií. U většiny pacientek objevili rysy, bránící jim přijmout výrazné změny, protože nemohou vést k lepšímu uspořádání, ale naopak ohrožují stávající stav, který je přijatelný či víceméně uspokojivý. K udržení rovnováhy potom slouží masivní popření všeho, co by mohlo současný stav destabilizovat. Tyto rysy popsali jako zhoubný symbiotický vztah s matkou distantní či hyperprotektivní. Tato není schopna rozpoznat proces individuace a separace z důvodu snížené vlastní sebeúcty. Výskyt problematického působení otce v rodině, který nebyl schopen snížit působení matky a poskytnout alternativní identifikační model. Pacientky potlačovaly hostilitu a opustily obraz „dobré matky“. Také kvůli své rigidní osobnosti často reagovaly popřením, přičemž silně potlačovaly agresivitu. Závislost na matce byla mnohdy určující i v dospělosti, přičemž tyto pacientky často neopouštěly symbiotický vztah, odmítaly již hluboce potlačenou sexualitu, vyhledávaly sadomasochistické destruktivní vztahy, stále opakující model časných dětských vztahů s matkou v neúspěšné trvalé snaze najít dobrý vztah. Vývoj v oidipovské fázi byl dle autorů narušen, a nedošlo tedy k dobrému rozvoji genitality

a heterosexuality, což má za následek problém s konstrukcí vlastní ženské identity ve volbě vhodného maskulinního objektu a regresi do předoidipovského stádia vývoje Já. Jáské funkce jsou však natolik zachovány, že nedochází ke vzniku psychóz. Častá je však deprese, není výjimkou setkat se s alkoholismem a psychotickými jádry. Pokud selžou obranné mechanismy, popisují autoři transformaci do somatických symptomů, které mnohdy souvisí právě s těhotenstvím či jinými životními událostmi narušujícími emoční rovnováhu. A tak se jeví jako výhodnější eliminovat stavy, které by toto narušení mohly přinést, tedy i těhotenství. Také Poněšický (2006) spojuje určité somatické komplikace v oblasti ženských orgánů s ambivalentním vztahem k ženskosti, ženské roli v manželství či odmítání sexuality. Dle autora si tyto ženy těhotenství přejí, zároveň z něj mají strach. Chvála et al. (1991) však nevidí somatizaci nevědomých komplikací jako vždy a vyložení nežádoucí mechanismus, brání těhotenství, které by pro mohlo mít vážné negativní důsledky.

Snahy přinést jasné důkazy o příčině neplodnosti vycházející z psychoanalýzy zatím nepřinesly jasný rezultat, zejména z důvodu nedostatků výše zmíněných. Při další četbě však zjistíme, že ani hypotéza o vlivu stresu nebyla shledána obecně platnou.

1.5.1.2 Teorie o vlivu stresu

Souvislostí mezi stresem, neplodností a léčbou neplodnosti je v této práci, s ohledem na její zaměření, věnovaná celá kapitola. Tento oddíl je tedy spíše úvodem, který bude později rozšířen. Vzhledem k významu této oblasti je však vhodnější zmínit se o problematice již zde.

Působení stresu ve vztahu k reprodukci je zpravidla vysvětlováno prostřednictvím fyziologických změn a projevů, které v organismu probíhají právě při jeho účinku. Zpočátku byly výzkumy zabývající se souvislostí stresu a plodnosti prováděny na zvířatech (Koryntová, 2002). Přinesly sice zajímavé výsledky a upozornily na souvislosti mezi stresorem a určitým druhem onemocnění, neukázaly se však jako dostatečně nosnými při aplikaci teorie do přirozeného prostředí a jejich přenositelnosti na člověka (Höschl a Šimek, 1993).

Mechanismů, kterými stres může ovlivnit plodnost, je celá řada. Koryntová (2002) uvádí podrobný výčet, který nám může poskytnout dobré vodítko⁴. Stres tedy plodnost ovlivňuje:

1. Prostřednictvím poruchy hypothalamoovární osy.
2. Prostřednictvím aktivace hypothalamoadrenální osy, konkrétně zvýšenou produkcí kortizolu a kortikoliberinu. Kortizol snižuje produkci gonadoliberinu a má negativní vliv na zrání oocytů. Kortikoliberin má negativní vliv na sekreci luteinizačního hormonu.
3. Změnou aktivity dopaminu, serotoninu, noradrenalinu a endogenních opioidů, kdy bylo zjištěno, že podáním naloxu, který je antagonistou opiátů, může dojít k obnovení menstruačního cyklu u pacientek se ztrátou menstruace v důsledku reakce na stres.
4. Prostřednictvím změny imunitních procesů, které se podílí na regulaci funkce vaječníků a implantace embrya.

⁴ Pro lepší porozumění o fyziologickém působení stresu mohou čtenáři nabídnout pomoc prostřednictvím kapitoly „*K fyziologii stresové reakce*“.

5. Skrze hyperprolaktinemii, jež může být vyvolána úzkostí a která taktéž ve svém důsledku působí poruchy folikulárního vývoje.
6. Prostřednictvím katecholaminových receptorů.
7. Prostřednictvím změny sexuálního chování v páru. Stres může mít vliv na snížení libida a frekvenci pohlavního styku.

Silný negativní vliv na reprodukční systém ženy může mít velmi intenzivní stres. Dokáže zapříčinit například absenci ovulace, amenoreu a inhibovat tedy schopnost reprodukce. Při akutním traumatu může amenorea vzniknout dokonce i v průběhu menstruace. Endometrium v takovém případě zůstává beze změn a bez reakce na steroidní hormony. Takové případy jsou vzácnější, ale často se s amenoreou můžeme setkat při odloučení od rodiny například u žen v internátech (Čepický, 1993). Pokud bereme v úvahu, že žena se při extrémním stresu zpravidla nepokouší otěhotnět (Matějů et al., 2005b), bude nás více zajímat vliv stresu chronického, každodenní stresové situace a jejich vliv na plodnost.

Otázkou je, zda stres a jeho míra, míra prožívané úzkosti či strategie zpracování stresu mohou mít vliv na plodnost či spíše ovlivňují výsledky léčby a jak odlišit míru stresu prožívanou před léčbou, míru stresu způsobenou v průběhu léčby a navíc brát v potaz další možné nežádoucí proměnné? Čepický (2011) tak skepticky poznamenává, že oddělit příčiny a následky léčby pro potřeby výzkumu je snaha s téměř nulovou vyhlídkou na úspěšné rozřešení. V souvislosti s výše napsaným tedy můžeme stres interpretovat jako spolučinitel, ale ne jako jednoznačnou příčinu (Höschl a Šimek, 1993). Nicméně i u žen, které nepodstupovaly léčbu neplodnosti, ale snažily se o početí, byla objevena souvislost s mírou stresu a šancí otěhotnět, kdy vyšší míra stresu se ukázala jako negativní prediktor otěhotnění v daném menstruačním cyklu (Sanders a Bruce, 1997).

Stresující podněty mohou pramenit z vnějšího prostředí, ale také z vnitřního světa. Uvažujeme-li v těchto souvislostech, stres by mohl být prostředkem k realizaci intrapersonálních problémů či vnitřních konfliktů, čímž se můžeme například dobrat zpět k teorii psychoanalytické. Možnost pracovat s takovými hypotézami ve výzkumu se však zdá nanejvýš problematická.

Nebezpečí s sebou nese i přílišná psychologizace a zdůrazňování možného psychogenního původu neplodnosti, a to především pokud se tyto teorie rozšíří mezi pacientky, které mohou být k takovým informacím velmi vnímavé. Psychogenní diagnóza

může působit pocity provinění a následně vést k iatrogennímu stresu, což je nežádoucí, a může mít negativní vliv na výsledek léčby (Van Balen, 2002).

1.6 Léčba neplodnosti

Dá se předpokládat, že v naší společnosti má dnes téměř každý dospělý člověk zkušenost s nějakým druhem lékařského vyšetření či zákroku. O nárocích vyšetření a léčby si tedy můžeme udělat představu již při bližším seznámení s metodami vyšetřovacími a metodami léčby.

1.6.1 Vyšetření pro neplodnost

Vyšetření pro určení příčin neplodnosti je celá řada. Některé jsou nebolestivé nebo jen nepříjemné zákroky prováděné ambulantně, jiné vyžadují hospitalizaci a jsou vnímány jako bolestivé. Pro představu, co obnáší zjištění příčin neplodnosti, ve stručnosti popíši základní diagnostické metody.

Na úvod je nutné upozornit, že při vyšetření příčin neplodnosti bereme v potaz, že se jedná o nemoc celého páru, ať je diagnóza na straně muže či ženy a nikoli pouze o léčbu jedné diagnózy (Koryntová a Mára, 2004; Ulčová-Gallová, 2002). Stručně se tedy zmíním i o vyšetřovacích metodách muže. Důraz je však opět kladen na vyšetřovací metody ženy.

Pár vyšetřovaný pro sterilitu je nejdříve podroben anamnestickému rozhovoru, kdy jsou zjišťovány poměrně podrobné informace. Anamnestický rozhovor zahrnuje otázky o počtu prodělaných porodů, potratů a případných komplikací s tímto spojených, a pokud pár takové informace udává, jsou zjišťovány metody plánování početí, které byly užívány. Dále informace o užívaných antikoncepčních metodách, předchozím vyšetření či léčbě pro neplodnost. Informace o prodělaných nemocech a operacích a infekcích v oblasti pánevní, o sexuálně přenosných infekcích jako například chlamydie či kapavka. Vystavení toxickým látkám v zaměstnání či jiném prostředí. Údaje o užívání drog, alkoholu a kouření. Podrobné údaje o menstruačním cyklu. Frekvenci pohlavního styku, změny ve frekvenci styku od doby, co se snaží o početí a podrobné informace o načasování pohlavního styku zejména s důrazem, zda je styk uskutečňován také v období ovulace (Meniru, 2001).

Můžeme tedy vidět, že anamnestický rozhovor zasahuje do intimních oblastí a dotýká se velmi osobních témat, což může být pro některé jedince partnery velmi

nepříjemné. Také situace, kdy jeden z partnerů neví o druhém veškeré údaje a dozví se je až při této příležitosti, nemusí být pro pár jednoduchou situací.

Základní vyšetřovací metodou u muže je odběr spermatu, který se provádí v období dvou až pěti dní bez předchozí ejakulace. Odběr je prováděn zpravidla v nemocnici nebo centru asistované reprodukce a sperma je získáno pomocí masturbace. Vyšetření spermatu a stanovení spermioqramu probíhá v laboratoři (Meniru, 2001). Další možné metody vyšetření jsou fyzikální vyšetření genitálu, hormonální vyšetření, bakteriologické vyšetření a genetické vyšetření v případě primární azoospermie (Řežábek, 2002). Pokud je výsledek spermioqramu špatný, je to obvykle indikací k umělému oplodnění. K operačnímu zákroku se přistupuje pouze v odůvodněných případech v případě azoospermie. Výhodou je, že sperma se dá zmrazit a je tedy možné použít jej opakovaně bez nutnosti dalšího odběru (Slepičková, 2009).

Určení příčin neplodnosti u ženy by se dalo shrnout do tří základních otázek, které by zjišťovaly, zda **dozrávají vajíčka**, zda je **průchodný hlen děložního hrdla** a zda jsou **průchodné vejcovody**. Dozrávání vajíček se zjišťuje pomocí stanovení hormonů z moči nebo krve pomocí odběru ze žíly. Kontrola dozrávání folikulu se provádí pomocí ultrazvukové sondy zavedené do pochvy. Tato procedura má charakter běžného gynekologického vyšetření a není pokládána za nijak zvlášť nepříjemnou či bolestivou. Průchodnost děložního hlenu se zjišťuje odebráním vzorku hlenu z děložního hrdla v rozmezí zpravidla 3 – 15 hodin po pohlavním styku. Při vyšetření je zjišťována přítomnost pohyblivých spermií v hlenu. Odběr se provádí injekční stříkačkou bez jehly a ani tato metoda není pocíťována pacientkami jako zvlášť nepříjemná. Průchodnost vejcovodů je možné zjistit metodou zvanou kymoinsuflace, kdy se do dělohy vhání plyn kysličník uhličitý a lékař hodnotí průchodnost plynu vejcovody. Celý zákrok trvá přibližně tři až pět minut a provádí se ambulantně. Zákrok je považován za nepříjemný, nevyžaduje však narkózu. Podrobnou metodou je hysterosalingrafie, kdy jsou děloha a vejcovody naplňovány tekutinou, jejíž pohyb a rozložení je možné sledovat pomocí rentgenu. Vyžaduje jeden až dva dny hospitalizace. Tento způsob vyšetření je pro ženu bolestivější, dnes se již příliš nepoužívá (Řežábek, 2008b). Pro kompletní vyšetření průchodnosti vejcovodů i ostatních orgánů dutiny břišní s možností provést léčebný operační zákrok je používána metoda laparoskopie. Toto je operační zákrok, který vyžaduje pobyt v nemocnici a celkovou narkózu, což jsou její nevýhody (Řežábek, 2002).

Nyní tedy máme představu o základních diagnostických metodách, které žena v rámci zjištění příčiny neplodnosti ve větší či menší míře podstupuje. Některé jsou podobné běžnému gynekologickému vyšetření, jiné jsou nepříjemné či bolestivé zákroky vyžadující kratší pracovní neschopnost. Na základě výsledků vyšetření je stanoven způsob léčby, jehož metody jsou popsány v dalším oddílu.

1.6.2 Metody léčby neplodnosti

Z prognostického hlediska jsou dnes výsledky léčby neplodnosti velmi pozitivní, protože již zmíněných 90 % párů léčených pro neplodnost dosáhne těhotenství (Řežábek, 2002). Nemusí to však být jednoduchá cesta, mnohdy je spojena s řadou zákroků a vedlejších příznaků s nimi spojených. Také to nemusí znamenat, že se všechny páry dočkají narození dítěte.

Pokud se při vyšetření zjistí problémy, které brání v početí, není důvod léčbu odkládat. Její metody nemusí být nutně invazivní. V některých případech se může jednat o doporučení ohledně změny stravování ať už s ohledem na nízkou či přílišnou hmotnost, pití alkoholu, kouření apod. (Ostró et al., 2009).

Jednou z nejčastějších metod je **hormonální léčba**. Ta je užívána buď jako samostatná metoda ke stimulaci a podpoře ovulace, nebo jako součást jiného druhu léčby. Léky mohou být podávány perorálně nebo injekčně. Mnoho žen si i léky v injekční formě aplikují samy doma, a to buď do stehna, nebo pod kůži na břicho. Jako u jiných léčiv jsou známé negativní vedlejší příznaky, které se mohou a nemusí u pacientky vyskytovat. Mezi nejčastěji zmiňované patří výkyvy nálad, bolesti hlavy, návaly, napětí v prsou, nevolnost či nárůst hmotnosti, snížení vlhkosti v pochvě, u injekční formy bolest v místě vpichu a celkově zvýšené riziko mnohočetného těhotenství (Doherty a Clark, 2006).

Nutno podotknout, že se v souvislosti s užíváním léčiv mohou vyskytnout také pozitivní vedlejší účinky. V anamnestickém dotazníku užívaném v rámci našeho výzkumu v souvislosti s užíváním injekční formy preparátu určeného ke stimulaci ovulace na otázku o vedlejších fyzických či psychických účincích léčby jsme mohli najít i následující odpověď „*jsem po nich klidnější, nevnímám problémy, prostě jsem s nimi spokojená*“.

Doherty a Clark (2006) uvádí, že za pomoci hormonální léčby dosáhne 75 % párů početí. Další metody léčby, které je někdy nutné provést, jsou odstranění polypů, myomů či odstranění ložisek endometriózy.

Metoda **umělé inseminace** (intrauterinní inseminace – IUI) spočívá v zavedení spermatu do pochvy, děložního čípku, dělohy nebo vejcovodu. Používá se v případě anatomických poruch čípku či funkčních poruch děložního hleny, pro zvýšení úspěchu při stimulaci ovulace, v některých případech při léčbě idiopatické neplodnosti. Nutností je dostatečně vysoký počet spermií ve spermatu. Tato metoda se využívá také v případech použití spermatu od dárce (Doherty a Clark, 2006). Umělá inseminace nepatří mezi metody asistované reprodukce (Řežábek, 2008a), i když například Doherty a Clark (2006) ji už do této oblasti řadí. Další uvedené metody do této oblasti náleží bezesporu.

Metody asistované reprodukce jsou „*všechny léčebné postupy a techniky vyžadující manipulaci se zárodečnými buňkami (oocyty nebo spermiemi)*“ (Ventruba, Žáková a Višňová, 2002, s. 572).

In vitro fertilizace (IVF) a **transfer embrya (ET)** je dnes klasickou metodou umělého oplození. Byla vyvinuta pro léčbu neplodnosti tubárního faktoru, ale dnes je možno ji využít pro léčbu všech typů poruch plodnosti (Ventruba et al, 2002). Její nejtypičtější indikací je tubární sterilita, neplodnost podmíněná andrologicky, neplodnost při endometrióze, sterilita s imunologickou příčinou, idiopatická neplodnost a v případech, kde je nutné využít darovaného oocyty (Mardešić, 2002). Ve většině případů zahrnuje fázi hormonální stimulace a monitorování cyklu u ženy, odběr oocytů a jejich inseminaci, kultivaci oplozených oocytů, transfer embryí do dělohy, zamražení nadpočetných embryí pro další použití. Po transferu je podporována luteální fáze cyklu a dále diagnostikováno či vyvráceno těhotenství (Ventruba et al., 2002). Při léčebném cyklu za použití metody in vitro fertilizace se pravděpodobnost úspěchu pohybuje od 10 – 30 % (Řežábek, 2001). U žen s průchodnými vejcovody, často také u neplodnosti idiopatické, je možné použít metodu transferu oocytů a spermií do vejcovodu (GIFT), jež je alternativní metodou in vitro fertilizace. Tato metoda je prováděna laparoskopicky nebo transvaginálně (Ventruba et al., 2002).

Každý pár má jinou představu o tom, jakou léčbu je ochoten absolvovat a jakou zátěž s ní spojenou je ochoten podstoupit. Pro někoho může být maximem perorální léčba či intrauterinní inseminace, jiný pár je ochoten podstoupit veškeré metody asistované reprodukce vyjma užití darovaných vajíček či spermií (Doherty a Clark, 2006). Forma podávání informací by tedy měla být jasná a srozumitelná, aby měl pár příležitost rozhodnout se adekvátním způsobem o způsobu léčby, který si přeje. Z důvodu psychické

zátěže má být k dispozici i taková odborná konzultace, která by věnovala pozornost otázkám psychologickým a sociálním (Ostró et al., 2009).

1.7 Psychologické aspekty spojené s neplodností a její léčbou

Neplodnost zcela neodpovídá klasické představě o nemoci. Nemoc se zpravidla vykládá jako pozitivní přítomnost něčeho, zatímco neplodnost je v tomto významu pravým opakem. Není omezením v pravém slova smyslu, ale spíše brání v naplnění životních plánů. Je na samotné dvojici, aby se rozhodla, že snaha o početí bez odborné pomoci je již bezvýsledná, a vyhledala pomoc. Dvojice se tak vlastně sama rozhodne ustanovit se nemocným, stát se pacientem. Okolím pak sterilní pár nebývá nahlížen jako nemocný, ale spíše jako pár sobecký, který své rodičovské poslání nevhodně odkládá (Matějů, Weiss a Urbánek, 2005a).

Metody asistované reprodukce dávají dnes velikou naději na početí, ale současně léčba znamená pro oba partnery značnou psychickou zátěž (Morschitzky a Sigrid, 2007; Sexton et al., 2010). Léčba neplodnosti má dopad na mnoho aspektů každodenního života. Je zátěží na úrovni partnerské, osobní, ale také s sebou nese negativní aspekty pragmatičtějšího rázu, jako jsou finanční nároky, značnou časovou investici, a to vše bez možnosti zaručit výsledek (Slepičková, 2009). Samotné těhotenství tedy není ještě zárukou narození živého dítěte a jsou s ním spojena značná rizika (Marcus, 2011). Nezdařený pokus o početí metodou asistované reprodukce je poté velikým zklamáním (Morschitzky a Sigrid, 2007).

Setkáváme se s názory, že sama zkušenost neplodnosti vyvolává silnou somatopsychickou symptomatiku, jako je nechuť k sexu či depresivní nálady (Morschitzky a Sigrid, 2007). Psychická reakce je popisována ve spojitosti s přítomností deprese, hněvu a viny. Za příčinu deprese v tomto případě považujeme pocity ztráty a stres. (Čepický, 1993). Pacienti, kteří se dozvědí, že jsou neplodní, mohou zakoušet podobné pocity jako lidé, kteří utrpěli významnou ztrátu. Jsou jimi šok, zlost, frustrace, deprese, ztráta sebehodnoty, pocit ztráty kontroly nad svým osudem. Ženy s diagnózou neplodnost mohou vykazovat stejnou míru úzkosti a depresivní symptomatiky, jako vykazují například pacienti s rakovinou či pacienti po infarktu (The psychological impact, 2009). Taylor (1995) upozorňuje na nebezpečí spočívající v přehlížení faktu, jak moc je léčba neplodnosti psychicky zatěžující a psychologickou podporu doporučuje jako ideální pro oba partnery.

V souladu s biopsychosociálním modelem můžeme reakci na diagnózu neplodnost chápat jako souhru interpersonálních vztahů, psychologických charakteristik, rizikových a protektivních faktorů, kulturního prostředí a individuálních mechanismů pro zvládání zátěže (Sexton et al., 2010). Motyka a Golańska (1982, cit. podle Podolska a Bidzan, 2011) popisují tři typy frustrace spojené s neplodností. Jedná se o frustraci sociální, psychologickou a existenciální. Sociální frustrace spočívá v riziku společenského nepřijetí. Bezdětné páry jsou často vystaveny kritice a strachu z toho, že budou vnímány jako disfunkční rodina. Psychologická frustrace souvisí s potřebou sebepřijetí, která může být podkopána neschopností mít dítě. To může mít negativní důsledky mimo jiné v podobě snížené sebeúcty či v podobě pocitů viny. Existenciální frustrace se týká především žen, jejichž základním cílem je porodit a vychovávat dítě. Dítě může být vnímáno jako kontinuální pokračování rodiny, v širším smyslu jako pokračování a zachování druhu. Bezdětnost pak znemožňuje rozšířit svou existenci.

Dunkel-Schetter a Lobel (1991) na základě literárních rešerší klasifikovali čtyři skupiny dopadů související s diagnózou neplodnost a její léčbou. Ty navazují na předchozí zmíněné typy frustrace a dále je rozšiřují. Jsou jimi dopady v oblasti emocionální, v oblasti sebeúcty, sebepojetí a víry, v oblasti sociální a v oblasti ztráty kontroly. Mezi efekty emocionální patří truchlení, deprese, zlost, frustrace, šok, úzkost, popření a pocity viny. Mezi dopady v oblasti sebedůvěry, sebeúcty a víry řadí ztrátu sebedůvěry, změny v pojetí vlastní identity, nabourání dosavadního světonázoru. Efekty v oblasti sociální jsou pozitivní i negativní dopady na partnerský život, dopady v oblasti sexuální, obtíže v přátelských vztazích, pocity osamělosti, rozpaky. Ztráta kontroly poté značí pocity ztráty kontroly nad vlastním tělem, emocemi, aktivitami, neschopnost předpovídat a vytvářet plány do budoucna zahrnující i životní cíle. Toto souvisí s nároky léčby a nejistotou, zda žena otěhotní či ne.

Olivius, Friden, Borg a Bergh (cit. podle Boivin, Griffiths a Venetis., 2011) upozorňují na důležité konsekvence v souvislosti s úspěšností léčby neplodnosti, tentokrát ne z hlediska příčiny neplodnosti, nicméně jako na důležitý faktor ovlivňující výsledky léčby. Stres může být podstatným činitelem v léčbě neplodnosti z takového důvodu, že ukončení léčby na základě emocionální zátěže logicky snižuje úspěšnost léčby, protože emocionální zátěž v tomto případě zabraňuje absolvovat optimální počet cyklů in vitro fertilizace a embryotransferů.

Dopady neplodnosti na partnerský vztah se samozřejmě také staly předmětem výzkumných studií. Dá se předpokládat, že takováto zkušenost má na partnerský život nepochybně dopad, nedá se však definitivně určit, zda se jedná o dopad pozitivní či negativní. Ani v této oblasti, jak jsme se s tím v této práci setkali již mnohokrát, není možné dospět k jasnému závěru.

Jeden z prvních aspektů, který je podstatný zmínit, je samo rozhodnutí k léčbě. V České republice je pro absolvování léčby nutný souhlas a spolupráce partnera (Řežábek, 2004). Již v počátku léčby je tedy nutné učinit partnerskou dohodu o tom, zda je již vhodné lékaře vyhledat či nikoli (Slepičková, 2009).

Schmidt, Holstein, Christensen a Boivin (2005) v rozsáhlém výzkumu čítajícím 2250 pacientů zjistili, že po prvním roce léčby neplodnosti téměř 26 % žen pocíťovalo subjektivní posílení svého vztahu s partnerem a větší sblížení, což autoři nazývají manželskými benefity. Co se týče mužů, byly tyto výpovědi méně časté, posílení vztahu udávalo jen 21 % dotázaných. Na to, zda partneři vykazovali větší či menší míru pozitivních dopadů na vztah, mělo vliv, jaké volili strategie zvládání této zátěže. Negativní vliv měly strategie ve smyslu vyhýbání se setkání s těhotnými či dětmi, kompenzace prací, zamítání o problému hovořit či jeho utajování. Jeden rok však není dostatečná doba, mnohé páry se potomka dočkají, jiné nikoli a tato skutečnost je také jistě významnou skutečností.

Logické je položit si na tomto místě otázku o dopadech léčby neplodnosti na sexuální život partnerů. U žen procházejících léčbou neplodnosti byla popsána nižší úroveň vzrušivosti a sexuální apetence v porovnání s kontrolní skupinou a také celkovou spokojenost se sexuálním životem udávaly ženy na nižší úrovni, než kterou pocíťovaly před léčbou (Millheiser, Helmer, Quintero, Westphal, Milki a Lathi, 2010). Takové výsledky by patrně bylo možné předpokládat. Můžeme se ale setkat s jinými pracemi, které nenaznačují problémy v oblasti sexuálního života partnerů (Galhardo, Cunha, Pinto Gouveia, v tisku; Weiss, Matějů a Urbánek, 2004), či poukazují na jejich častý výskyt, ale ne příliš významný rozdíl v jejich výskytu oproti běžné populaci (Nelson, Shindel, Naughton, Ohebshalom a Mulhall, 2008). Také dle tuzemské studie Weisse et al. (2004) se ženy procházející léčbou neplodnosti zdají být přibližně stejně sexuálně aktivní, jako je tomu v běžné populaci. Přání mít pohlavní styk 2x týdně odpovídá skutečné frekvenci pohlavního styku, autoři uvádějí nápadně nízkou frekvenci koitu u pětiny mužů i žen. Autoři neobjevili významné rozdíly v přítomnosti sexuální dysfunkce – u mužů ani u žen,

ženy se jako sexuální partnerky vnímaly být v rámci provedené studie v pořádku. V žádné ze zkoumaných charakteristik, na něž by mohla mít léčba neplodnosti vliv, tedy pohlavní aktivita, sexuální funkce a sexuální vzrušivost, se muži ani ženy od obecné populace významně neodlišovali. Sami autoři však upozorňují na opatrnost, se kterou je nutné interpretovat z možné tendence o stylizaci při vyplňování materiálů.

Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad a Lalos (2007) si kladli otázku, jaké důsledky má neplodnost z dlouhodobého hlediska. Se čtrnácti ženami, které se před dvaceti lety podrobily neúspěšné léčbě neplodnosti, prováděli hloubkové interview. Polovina ze zkoumaných žen byla rozvedena, což by samo o sobě nebylo tak překvapivým faktem. Šest z těchto žen však svůj rozvod uváděly jako důsledek neplodnosti. Ve všech případech to byl manžel, kdo odešel. Velmi negativně ovlivnila neplodnost a s ní spojená léčba jejich sexuální život a sexuální touhu. Devět žen dokonce udávalo, že jejich sexuální život a touha byly tímto navždy ztraceny. Čtyři z žen uvedly, že jejich sexuální život znovu nabyl na intenzitě, přičemž u dvou se tak stalo se starým a u dvou s novým partnerem. Jedna z žen nechtěla o tomto tématu hovořit. Důvody k ukončení léčby byly různé, od direktivního sdělení lékaře, že šance je skutečně velmi malá, přes psychické vyčerpání v průběhu cyklů in vitro fertilizace a embryotransferu, spontánní vyhasnutí snahy, ukončené snahy v období menopauzy. Jedna žena uvedla, že stále doufá v početí dítěte.

Všechny ženy, mimo jednu, popisovaly, že se cítily méněcenné oproti jiným ženám a měly nižší sebehodnocení. Tři z žen dokonce takové pocity v souvislosti s neplodností stále pociťovaly. Během doby, kdy se pokoušely otěhotnět, a v průběhu léčby se cítily do určité míry sociálně izolovány. Pocity sociální izolace u poloviny žen přetrvávaly a znovu nabyly na síle v době, kdy se jejich vrstevníci začali stávat prarodiči. Některé ženy popisovaly, že se cítí, jako by někdo přetočil čas o dvacet let dozadu. U všech žen vyvstávaly otázky na budoucnost, ve smyslu kdo se o ně bude starat, až budou staré, kdo je bude navštěvovat?

Jako strategie vyrovnání se s faktem, že samy nemají vlastní děti, nejčastěji tyto ženy uváděly, že se začaly starat o děti svých sourozenců či známých. Další důležitou strategií byla péče o zvířata – o psy a kočky. Další strategií bylo cestování a jiné aktivity. Tři z žen uvedly, že se nikdy s neplodností nevyrovnaly.

Zkušenost života s neplodností byla ústřední zkušeností jejich života, která absolutně měnila jejich zásadní životní dráhu, kterou tyto ženy anticipovaly.

Shrnutí

Diagnóza neplodnost je zpravidla stanovena po jednom roce nechráněného pohlavního styku, v odůvodněných případech i dříve. Následně jsou partneři podrobeni vyšetřením pro objasnění příčiny neplodnosti. U muže se primárně jedná o vyšetření spermatu, u ženy jich v závislosti na příčině neplodnosti může být celá řada. V lékařství je již popsáno a prozkoumáno celé spektrum možných příčin neplodnosti.

Na poli psychologie je situace poněkud komplikovaná. Souběžně s vývojem vědy se měnil i pohled na roli psychiky jako příčiny neplodnosti: od modelu zdůrazňujícího psychogenní původ neplodnosti, který vychází z psychoanalytické teorie, přes tendenci striktního oddělení psychogenní a fyziologické příčiny, k odmítnutí psychologického původu neplodnosti, až po model cyklický. Ten poskytuje určité propojení psychologických obtíží vzniklých na základě neplodnosti a jejich zpětné působení na léčbu či snahu o početí a rovněž zohledňuje roli stresu v procesu léčby neplodnosti. Vliv stresu na neplodnost je vysvětlován zpravidla prostřednictvím nastalých hormonálních změn v průběhu stresové reakce. Nutno dodat, že tyto přístupy nejsou přijímány a odmítány jeden po druhém, ale existují vedle sebe, i když na základě obecné tendence i názoru jednotlivců se liší význam jim přikládáný. Nicméně žádnou ze zmíněných teorií nemůžeme považovat za nezpochybnitelně prokázanou či vyvrácenou.

Po stanovení diagnózy je indikována léčba. Neplodnost představuje zátěž pro oba dva partnery, jedná se koneckonců o nemoc celého páru. Větší nároky jsou však zpravidla díky charakteru léčby kladeny na ženu. Neplodnost s sebou nenese pouze obtíže fyzické pramenící z vyšetřovacích a léčebných metod a určité praktické komplikace. Neméně důležité jsou psychosociální konsekvence, které jsou s léčbou a nemožností mít dítě spojeny. Zkušenost s neplodností se dotýká tak citlivých oblastí, jako je pojetí vlastní identity, kdy máme na mysli zejména identitu ženy – matky, sebeúcty, sebedůvěry. Může mít dopady na partnerský vztah, i když se nemusí jednat vždy jen o dopady negativní a může také ovlivňovat přátelské vztahy. Zvláště při dlouhotrvající neplodnosti a léčbě se jedná o velmi emočně nabitě období.

V oblasti neplodnosti je možné objevit mnoho rozporů. Obecná shoda však panuje v názoru, že jak samotná zkušenost s neplodností, tak její léčba, zejména v případě léčby dlouhodobé, jsou velmi náročnou zkušeností. Vždy je třeba mít na paměti, že i přes snahy o určité zobecnění má prožívání neplodnosti nanejvýš intimní a individuální charakter.

2. Stres a jeho zvládání v souvislosti s neplodností

Stres – slovo, se kterým se v každodenním životě setkáváme téměř denně. Současně se jedná o rozsáhlou oblast psychologického zájmu. V souvislosti s užíváním pojmů se setkáváme s nejednotným pojmovým aparátem⁵. V některých, publikacích je striktně užíván pojem *distres* (Greil, 1997; Lee, Sun a Chao, 2001; Sexton et al., 2010; Van den Broeck, D'Hooghe, Enzlin a Demyttenaere, 2010), v jiných zdrojích je užíváno souhrnně pojmu *stres*, dle našeho názoru užitym spíše ve významu *distresu* (Harlow, Fahy, Talbot, Wardle a Hull, 1996; Koryntová, 2002). Pro přehlednost a určité zjednodušení budeme i my užívat pojmu *stres*, i když jsme si vědomi, že existují termíny, které by se v určitých situacích mohly jevit minimálně stejně vhodné nebo vhodnější. Současně není a ani nemůže být předmětem této práce pokoušet se obsáhnout široké pole studia stresu. Zaměříme se tedy na takové oblasti, které jsou spojené s neplodností a její léčbou. O něco šířeji bude pojednána oblast zvládání stresu.

2.1 K fyziologii stresové reakce

Vystavení stresu má za následek aktivaci dvou základních systémů. Jedním je sympatoadrenální systém, jenž připraví tělo na akci boj – útěk. Druhým je osa hypotalamus, hypofýza a kůra nadledvin (Kalat, 2009).

Při akutním stresu jsou nejdříve vyplaveny katecholaminy (adrenalin a noradrenalin) a je aktivován systém kortikotropin spouštěcí hormon (CRH)⁶ – adrenokortikotropní hormon (ACTH)⁷ – kortizol, což vede ke zvýšení sekrece kortizolu⁸ (Schreiber a Marešová, 2003). Mnoho výzkumníků považuje právě kortizol za typický stresový hormon. Kortizol je vylučován kůrou nadledvin, ovlivňuje mnoho fyziologických procesů, například zvyšuje metabolickou aktivitu či hladinu cukru v krvi. Osa hypotalamus – hypofýza – kůra nadledvin se ve srovnání s autonomním vegetativním systémem

⁵ V odborné literatuře můžeme rozlišit pojmy *stres* a *zátěž*, přičemž *zátěž* rozumíme jako požadavky okolí, se kterými je jedinec schopen se vyrovnat (také *hypostres*) nebo v případě stresu alespoň aktuálně není schopen se vyrovnat (také *hyperstres*). Další rozlišení ve smyslu *eustresu* a *distresu* zahrnuje oddělení příjemných (*eustresových*) od nepříjemných (*distresových*) událostí a následně očekávaných od neočekávaných událostí, protože všechny tyto aspekty mají vliv na psychické prožívání (Kebza, 2005). V rámci této práce není možné zabývat se těmito tématy jako samostatnými celky, i když si uvědomujeme jejich význam.

⁶ Hormon adenohypofýzy, podílející se na uvolňování ostatních hormonů (např. ACTH), (Winn, 2001).

⁷ Hormon adenohypofýzy, mající vliv na sekreci hormonů kůry nadledvin (zejména glukokortikoidů). Je důležitý v procesech imunitního systému a působí v širokém spektru reakcí na stres (Winn, 2001).

⁸ Hormon kůry nadledvin, řadí se ke glukokortikoidům (Vokurka a Hugo, 1998).

a působením adrenalinu a noradrenalinu vyznačuje pomalejší odpověď, ale zastává dominantní úlohu v odpovědi na dlouhodobý stres (Kalat, 2009). Při dlouhodobém stresu kortizol vyvolává změny v imunitní funkci, nazývané imunosuprese (Schreiber a Marešová, 2003).

Adrenalin má vliv na množství krve, které je čerpáno do krevního oběhu, a to ve smyslu jejího zvýšení, zrychluje srdeční činnost, také zvyšuje hladinu krevního cukru a zrychluje metabolismus. Noradrenalin působí vasokonstrikci a společně s působením adrenalinu po delší době může poškozovat myokard a cévy. To je způsobeno zátěží, při které srdce pumpuje krev do zúžených cév (Frej, 2004). Frankenhaeuser a Rissler (1970, cit. podle Macháčová a Boschek, 1997) uvádějí, že v situaci mobilizace k boji a útoku převažuje sekrece noradrenalinu, zatímco při reakci spojené s úzkostí, strachem či bezradností převažuje sekrece adrenalinu.

Aldosteron, který se na stresové reakci také podílí, podporuje vylučování draslíku a naopak zadržování sodíku, což má vliv na udržení objemu tekutin. Současně má jako kortizol negativní vliv na imunitu, a to při dlouhodobém působení (Schreiber a Marešová, 2003).

Dále jsou při stresu účinné endorfiny snižující hladinu vnímání bolesti, hormony štítné žlázy zabezpečující energii, z jater je vylučován cholesterol, zvýšeně je vylučován inzulin, snižuje se vylučování pohlavních hormonů vyjma prolaktinu. Součástí hormonální stresové reakce je i zvýšená sekrece vazopresinu, který se podílí na regulaci krevního tlaku, ale také na regulaci produkce prolaktinu. Prolaktin působí antigonadotropně, snižuje sekreci luteinizačního a folikulostimulačního hormonu. Popsanými mechanismy je poté dáván do souvislosti dlouhodobý stres a zabránění početí (Schreiber a Marešová, 2003). Potlačení reprodukce může ovlivnit také kortikotropin, spouštěcí hormon, který přímo (prostřednictvím β endorfinů⁹) nebo nepřímo (prostřednictvím glukokortikoidů) inhibuje spouštěcí mechanismy gonadotropinů (Bartůňková, 2010).

2.2 Stres a neplodnost z různých pohledů

V souvislosti s neplodností a její léčbou můžeme rozlišit dvě základní témata, a to stres jako produkt léčby a stres a jeho vliv na plodnost, zpravidla zkoumaný prostřednictvím výsledků léčby.

⁹ β endorfin patří jako ostatní endorfiny do skupiny opioidů a syntetizuje ACTH (Winn, 2001).

Fyziologické reakce na stres byly popsány v předchozí podkapitole, mezi psychické reakce na stres můžeme z akutních zařadit hněv či strach, jiné emoce se projevují spíše po vyhodnocení situace a jsou jimi smutek, deprese či úzkost (Bartůňková, 2010). Míra prožívaného stresu bývá zpravidla pomocí sebeposuzovacích dotazníků zachycujících prožívané úzkosti nebo depresivních příznaků (Cousineau a Domar, 2007), metod mapujících prožité události za určité období¹⁰ (Ebbesen et al., 2009), či měření biochemických ukazatelů (Harlow et al., 1996; Demyttenaere, Nijs, Evers-Kiebooms a Koninckx, 1991).

2.2.1 Stres a jeho vliv na výsledek léčby

Stres prožívaný v průběhu léčby (Klonoff-Cohen, Chu, Natarajan a Sieber, 2001), ale i kumulace stresujících událostí (Ebbesen et al., 2009; Klonoff-Cohen et al., 2001) se dle některých studií ukazují jako negativní prediktor výsledku léčby, i když ne všechny publikované práce dospěly ke stejným závěrům (Boivin et al., 2011).

Ebbesen et al. (2009) se rozhodli zaměřit na výskyt negativních životních událostí v období jednoho roku před léčbou neplodnosti. Vycházeli z předpokladů, že stres může ovlivnit plodnost skrze přerušení menstruačního cyklu či způsobit slabší odpověď vaječníků na léčbu metodou in vitro fertilizace a embryotransfer. Mimo negativních životních událostí (List of Recent Events – LRE) zkoumali výzkumníci také míru stresu pomocí škály PSS – 10 (Perceived Stress Scale), výskyt depresivní symptomatiky pomocí BDI – 2 (Beck Depression Inventory). Výzkumníci zjistili, že ženy, které po in vitro fertilizaci a embryotransferu otěhotněly, udávaly menší počet negativních stresujících zážitků v průběhu uplynulého roku. Ve výsledcích ostatních škál nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly. Zajímavá je skutečnost, že v souvislosti s větší mírou udávaných negativních událostí se snižoval počet získaných oocytů při odběru oocytu. Tento faktor se také ukázal jako statisticky významný prediktor otěhotnění. Naopak nenalezli rozdíly v hladinách folikulostimulačního hormonu u žen, které otěhotněly a které neotěhotněly ani korelace s mírou negativních zážitků. Každá negativní zkušenost prožitá v uplynulém roce snižovala šanci na otěhotnění o deset procent.

¹⁰ Nejen akutní stres či významné až katastrofické události mohou mít vliv na rozvoj zdravotních obtíží. Ukázalo se, že nestačí rozlišovat jen mezi pozitivními a negativními událostmi, ale že určitý stres vyvolává každá náročnější změna. Rozlišují se dále životní události, životní změny, význam má hledisko časové. Mimo velkých událostí se rozlišují také menší příhody či denní mrzutosti, jejichž kumulace může mít významné dopady na zdraví. V případě zvládnutí může dojít k posílení, v opačném případě k poškození (Kebza, 2005).

Považuji za důležité upozornit na fakt, že samotné otěhotnění se bez výhrad nedá považovat jako pozitivní výsledek léčby. Při použití metod asistované reprodukce, zejména in vitro fertilizace, je zvýšené riziko mimoděložního těhotenství, porodu mrtvého plodu, zamlklého těhotenství, riziko potratu je v případě otěhotnění pomocí metody in vitro fertilizace 24 – 30 %. Další rizika jsou spjatá například se zvýšeným rizikem porodu dítěte s nízkou porodní váhou, které je oproti těhotenství dosaženého přirozenou cestou 5x vyšší (Marcus, 2011). Otěhotnění tedy není zárukou porodu živého dítěte ani z pohledu možných psychologických faktorů, které mohou být minimálně spolučinitelem v případě neúspěšně ukončeného těhotenství (Chvála et al., 1991).

Klonoff-Cohen et al. (2001) nedospěli ke zcela jasným závěrům ve všech měřených oblastech, kterými byla pozitivní a negativní afektivita, škála reakce na neplodnost a míra stresu, stejně jako strategií zpracování stresu. Výsledky jejich práce však potvrzovaly negativní vliv míry akutního i chronického stresu na množství odebraných oocytů, dosažení těhotenství, ale také na pravděpodobnost narození živého dítěte i na porodní váhu dítěte. Míra prožívaného stresu by tedy dle tohoto zjištění měla vliv nejen na pravděpodobnost dosažení těhotenství, ale i na narození živého, a co je neméně důležité, zdravého dítěte.

Oproti tomu Boivin et al. (2011) v metaanalýze, při které byla použita data ze čtrnácti studií o celkovém součtu 3583 respondentek, uzavřeli svou práci tím, že se nemůže prokázat vztah stresu a úspěšnosti léčby ve smyslu pravděpodobnosti otěhotnění. Konkrétněji neobjevili signifikantní rozdíl v míře úzkosti a deprese u žen, které po zákroku otěhotněly a těmi, které ne, i když v některých dílčích studiích tyto závěry vyvozeny byly.

Zamyslí-li se nad skutečností, jak obtížné je zkoumat vztah psychických charakteristik v souvislosti s příčinou neplodnosti, kolika proměnným by bylo nutno věnovat pozornost, musím uvést následující fakta, která mohou hrát výraznou roli, a nebude snadné je ve výzkumu eliminovat tak, jako se nezdá možné ve výzkumu in vivo eliminovat i mnoho dalších proměnných. Snad také proto se výzkumy často zaměřují právě na metodu umělého oplodnění, čímž alespoň sjednotí metodu léčby. To, co chci zmínit, je přímo vztaženo k metodě umělého oplodnění a bezprostředně ovlivňuje výsledek léčby. Levi-Setti, Albani, Cavagna, Bulletti, Colombo a Negri (2003) připisují výrazný vliv na dosažení těhotenství po in vitro fertilizaci a embryotransferu různým faktorům. Jsou jimi například věk ženy a kvalita oocyty, kvalita laboratoře, zkušenosti personálu, typ kultivačního média, zkušenost operátora, stimulace kontrakcí dělohy během

embryotransferu, typ použitého katétru a jiné lékařské úkony prováděné v průběhu embryotransferu, dále pak bakteriální kolonizaci cervixu nebo například délka časového intervalu určeného k odpočinku po embryotransferu. Věk ženy jako proměnnou můžeme měřit, je však možné zachytit ostatní zmiňované faktory? Zřejmě jde o úkol velmi obtížný a přináší s sebou další otázky při zamyšlení nad výsledky a jejich interpretaci.

Zmíněné studie můžeme vztáhnout čistě jen k vlivu stresu na výsledky léčby. Výzkumy jsou prováděny na ženách podstupujících nějaký druh léčby a ženy, které pomoc nevyhledají, nejsou nijak zachyceny (Greil, 1997). Je tedy obtížné spekulovat o stresu jako o příčině neplodnosti obecně.

2.2.2 Stres jako důsledek léčby

Ženy podstupující léčbu neplodnosti jsou vystaveny dvěma typům stresorů. Zaprvé soustavně působícímu stresoru, který pramení z prosté přítomnosti neplodnosti a ztráty budoucích plánů mít děti, zadruhé akutnímu stresoru, jenž pramení ze samotné léčby (Verhaak et al., 2001).

Harlow et al. (1996) provedli biochemické a dotazníkové hodnocení míry stresu u neplodných žen. Měřili hladiny prolaktinu a kortizolu dávaných do přímé souvislosti se stresem a úzkostí u žen podstupujících léčbu neplodnosti. Jako kontrolní skupinu zvolili ženy podstupující sterilizaci pomocí metody laparoskopie, kterou vyhodnotili jako podobně náročný zákrok. Ženy rozdělili do tří skupin, a to ženy podstupující in vitro fertilizaci bez hormonální stimulace, ženy podstupující in vitro fertilizaci s hormonální stimulací růstu folikulu a zmíněnou kontrolní skupinu. Zjistili, že ženy podstupující in vitro fertilizaci s hormonální stimulací vykazovaly vyšší koncentraci kortizolu, prolaktinu i akutní prožívané úzkosti oproti ženám z kontrolní skupiny. Ženy bez hormonální stimulace vykazovaly nižší hodnoty než ženy s hormonální stimulací, ale stále vyšší než ženy z kontrolní skupiny. Současně byla měřena i obecná tendence reagovat úzkostně, ale nebyl objeven významný rozdíl mezi ženami podstupující in vitro fertilizaci a kontrolní skupinou, ani mezi ženami, které neotěhotněly a těmi, které otěhotněly, i když výsledky naznačovaly vyšší dispozici reagovat úzkostně u žen, které neotěhotněly. Nutno podotknout, že vzorek žen, které otěhotněly, nebyl natolik rozsáhlý (osm žen), aby bylo možno udělat seriózní závěr. Na základě výsledků, zejména porovnání míry prožívané úzkosti a tendence reagovat úzkostně, dospěli výzkumníci k závěru, že stres je spíše produktem léčby neplodnosti.

Tato studie je zajímavá především z hlediska podání důkazů o propojení hladin kortizolu a prolaktinu s prožívanou úzkostí u žen podstupujících léčbu metodou asistované reprodukce, i když porovnání žen procházejících léčbou neplodnosti a podstupující sterilizaci nemohu pokládat za adekvátní kontrolní skupinu zvláště v případě, že mi není známo, z jakých důvodů žena sterilizaci podstupuje, a proto nemůžeme vyloučit, že ženy podstupující sterilizaci také vykazují určité zvláštnosti. Na vyšší míru úzkosti a deprese u žen podstupujících léčbu neplodnosti v porovnání s obecnou populací však bylo poukázáno i jinými výzkumníky (Demyttenaere et al., 1991).

Stres jako produkt léčby nemusí mít vždy stejné vlastnosti, ale zřejmě se mění v průběhu léčby, zejména v závislosti na fázi léčby (Harlow et al., 1996; Klonoff-Cohen et al., 2001; Demyttenaere et al., 1991).

Klonoff-Cohen et al. (2001) zjistili rozdíly v míře prožívaného stresu před zahájením hormonální stimulace a po jejím zahájení, kdy míra stresu byla vyšší a stoupla znovu před zákrokem. Také Harlow et al. (1996) v již zmíněné studii mimo jiné zjistili, že v průběhu léčby narůstala u žen úzkost, a to zejména u těch, které podstupovaly hormonální léčbu. Nárůst úzkosti byl vyšší ve folikulární a preoperační fázi a koreloval s nárůstem koncentrace prolaktinu a kortizolu, z čehož v tomto případě výzkumníci usoudili na vzestup míry prolaktinu jako důsledku prožívaného stresu. U žen podstupujících in vitro fertilizaci a embryotransfer podstupujících současně hormonální stimulaci byla naměřena signifikantně vyšší míra prožívané úzkosti i biochemických ukazatelů. Ženy, které nepodstupovaly hormonální stimulaci, vykazovaly vyšší naměřenou hladinu úzkosti i hladinu prolaktinu a kortizolu než kontrolní vzorek, ale nižší než ženy, které stimulaci podstupovaly.

Žádné specifikum spojené s neplodností – jako by mohl být typ motivace mít dítě (zjišťovaná pomocí dotazníku „The Child Wish Questionnaire“) či specifických obtíží spojených s neplodností jako sociální, sexuální obtíže, obavy spojené se vztahem, odmítání života bez dětí, potřeba rodičovství, zjišťované pomocí inventáře zachycující problémy spojené s neplodností (The Fertility problem inventory) – se neukázalo jako významný prediktor míry prožívaného stresu (Van den Broeck et al., 2010).

Oproti tomu Lykeridou, Gourounti, Deltsidou, Loutradis a Vaslamatzis (2008) zjistili vyšší míru prožívané úzkosti u ženy v párech, kde byla příčina neplodnosti na straně muže. Takové zjištění by se dalo pokládat za překvapivé a například Lee et al. (2001) dospěli přesně k opačnému závěru. Tedy míra stresu, tentokrát vztaženého k neplodnosti,

byla u žen vyšší v případě, že příčina neplodnosti byla diagnostikována na jejich straně. Jak je toto možné? Je evidentní, že sama neplodnost je velmi komplexní, složitý a emočně nabitý stav a výsledky výzkumných studií mohou být taktéž ovlivněny mnoha proměnnými. Lykeridou et al. (2008) podávají jako jedno z možných vysvětlení svých závěrů charakteristiky řecké populace, stigmatizaci neplodných manželství a přičítání zodpovědnosti za neplodnost spíše na stranu ženy, zmiňují i možné rozdíly mezi vnímáním problému ve vesnických a městských oblastech. Lee et al. (2001) prováděli výzkum u tchajwanských manželských párů. Výsledky je proto z mnoha důvodů obtížné zobecnit. V této souvislosti je vhodné uvést poznatky z tuzemské studie autorů Koryntová, Síbrtová, Kloučková, Čepický, Řežábek a Živný, (2001), kteří dospěli ke zjištění, že i tam, kde je příčina na straně muže, se ženy za sterilitu cítí zodpovědnější a celkově jsou více motivované k léčbě, a to opět i v případě, kdy je příčina andrologického charakteru.

2.3 Zvládání stresu

V předchozím textu jsme se zabývali stresem, zejména jeho souvislostmi s neplodností. Stres ale nemusí mít jen negativní následky. Dobře zpracovaný stres může mít vliv na mentální a osobnostní růst. Zatímco na jednoho může stres působit jako pozitivní stimul, na druhého může mít negativní dopady. Velmi záleží na tom, jak tyto stresující události vnímáme a na způsobech jejich zpracování (Dogan, 1999, Yildirim, 1991, cit. podle Arslan, Dilmaç a Hamarta, 2009). V psychologii je otázka zpracování stresu samostatnou kapitolou. V literatuře anglosaské se setkáme s termínem „coping“, ve zdrojích tuzemských také s termíny členění stresu nebo zvládání těžkostí (Křivohlavý, 2001).

2.3.1 Teoretické přístupy

Z hlediska historického vývoje rozlišujeme tři základní teoretické přístupy k zvládání stresu, takzvané tři generace. Jedná se o přístup založený na psychoanalytické teorii, transakční přístup rozvíjený od 60. do 80. let minulého století a nejnovější přístup „třetí generace“, který klade důraz jak na osobnostní rysy jedince, tak na situačně-kognitivní charakteristiky situace a jejich interakci (Balaštíková a Blatný, 2003; Suls, David a Harvey, 1996).

V psychoanalytickém pojetí bylo zpracování stresu pojímáno ve smyslu obranných mechanismů, jak jsou obecně známy (Suls et al., 1996). Obranné mechanismy byly

původně pojímány jako nevědomá obrana před proniknutím konfliktních přání a pohnutek do vědomí (Mitchell a Black, 1999). Zprvu byl jejich účel vnímán jako vyrovnání se s vnitřními impulzy, ale možnost působení vnějších podnětů byla později také akceptována (Balaščíková a Blatný, 2003). Celkově bylo obranných mechanismů popsáno několik desítek. Mezi nejznámější patří projekce, popření, iracionalizace, vytěsnění, sublimace či intelektualizace (Kebza, 2009). Obranné mechanismy byly později Haanovou (1963, cit. podle Suls et al., 1996) rozděleny na defenzivní mechanismy a mechanismy zpracování (coping mechanisms). Defenzivní mechanismy charakterizovala jako rigidní, zkreslující realitu, vycházející z nevědomých pohnutek, zatímco mechanismy zpracování vnímala jako flexibilní, zaměřené na přítomnost nebo budoucnost, a vycházející z vědomí nebo podvědomí. Jinými slovy by se dalo říci, že v tomto pojetí působí obranné mechanismy bez vědomého záměru, zatímco mechanismy zvládání stresu se vyznačují záměrem vypořádat se nebo vyřešit problematickou situaci (Cramer, 1998). Obecně můžeme říci, že chápání role obranných mechanismů procházelo značným vývojem, a tak některé mechanismy, které byly zprvu popisovány jako maladaptivní, se ukázaly jako důležité v pochopení určitých procesů, například v případě popření a jeho souvislosti s adaptací na náročné životní situace (Kebza, 2005).

V 60. letech vznikl a v průběhu dalších dvou desetiletí se rozvíjel transakční model (Balaščíková a Blatný, 2003). Pokud chceme porozumět rozdílům mezi přístupem ke zvládání stresu vycházejícím z psychoanalytické teorie a transakčním přístupem, můžeme tak učinit pomocí analýzy definice „*copingu*“, jak jej uvádí Lazarus a Folkmanová, a to jako „... *soustavně se měnící kognitivní a behaviorální úsilí zvládnout specifické externí a/nebo interní nároky, které jsou jedincem hodnoceny jako mimořádně náročné či převyšující jeho zdroje*¹¹“ (Lazarus a Folkman, 1984, s. 141). Rozebereme-li definici po jednotlivých významech, zjistíme, že autoři zaprvé kladli důraz na zvládání stresu spíše jako na proces než jako na vlastnost či osobnostní rys. Zadruhé se pomocí této definice snaží vymezit zpracování stresu od automatizovaného adaptivního chování (*automatized adaptive behavior*). Zatřetí upozorňují na rozdíl mezi strategiemi zpracování stresu a výsledky takového snažení, čímž mezi strategie zpracování stresu zahrnují vše, co si osoba myslí a co činí, ale pod tento pojem již nezahrnují, zda to funguje či nikoli, a začtvrté nekladou důraz na naprosté zvládnutí situace, ale zahrnují pod tyto strategie

¹¹ Originální citace dle Lazarus, Folkman (1984, s. 141) „... *constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.*“

i zmírnění, vyhnutí se či akceptování stresujícího stavu (Lazarus a Folkman, 1984). Lazarus (1966) poté logicky upozorňoval, že „*coping*“ nechápe jako samotné zvládání, nýbrž ve významu „... *strategie zvládání*...“ (Lazarus, 1966, s. 151).

Důraz na kognitivní determinanty zpracování stresu, v čemž se tento přístup zásadně odlišuje od pojetí předchozího, můžeme sledovat také na popisu fází zpracování situace. Kebza (2005) popisuje tři fáze zpracování situace, jimiž jsou primární hodnocení, sekundární hodnocení a terciální hodnocení. Primární hodnocení spočívá v ocenění situace, která může být vyhodnocena jako irelevantní, pozitivní a stresová. Hodnocení probíhá podle toho, jak jedinec vnímá vliv situace na jeho osobní pohodu. Ve fázi sekundárního hodnocení jedinec zreviduje vlastní možnosti a zdroje pro zvládnutí situace a anticipuje možný vývoj. Ve fázi terciálního hodnocení jedinec znovu vyhodnotí situaci a případně změni strategii či postoj k situaci.

Transakční přístup vychází hlavně z prací R. S. Lazaruse, ale na jeho rozpracování se podíleli například Folkmanová, Levetthal, Moss, Meichenbaum, Silver, Wortman a další. Někdy bývá vyložen jako opozice psychoanalytického pojetí obranných mechanismů (Suls et al., 1996). Ostatně k takovému vymezení svádí i tento text. Pokud bychom však zůstali u tohoto významu, bylo by to značně zjednodušující. Transakční teorie je také reakcí na fyziologické koncepty¹², jejichž pojetí stresu bylo v pohledu transakční teorie příliš jednostranné a stavěl jedince a jeho možnosti situaci zvládnout a ovlivnit do daleko pasivnější role, což tento koncept popírá (Kebza, 2005).

Balaščíková a Blatný (2003) připisují rozvoj přístupu označovaného jako 3. generace dvěma skutečnostem. Jsou jimi rozsáhlé studium některých osobnostních rysů, které ovlivňují zvládání zátěže a vývoj metod měřících široké spektrum osobnostních charakteristik, zejména dotazníky založené na pětifaktorovém modelu osobnosti (NEO-FFI aj.). Kenrick a Funder (1988, cit. podle Balaščíková a Blatný) dokonce zjistili korelaci 0,3 – 0,4 mezi osobnostními rysy a specifickým chováním. Logické je potom vymezení

¹² Jedním z významných vědců zabývajících se stresem a zejména jeho fyziologií byl H. Selye (Frej, 2004), Selye (1966) formuloval teorii generálního adaptačního syndromu (GAS), později známou také pod pojmem syndrom stresu. Generální adaptační syndrom je pojmenování pro nespecifické reakce organismu na stres a vyvíjí se ve třech stádiích. 1. stádium poplachová reakce, 2. stádium rezistence, 3. stádium vyčerpání. Stres poté definoval jako „stav, který se projevuje ve formě GAS“ (Selye, 1966, s. 71). Kebza (2005) poté uvádí názvy těchto tří stádií jako stádium rychlé poplachové reakce, jejímž účelem je mobilizace organismu v ohrožení jedním či více stresory, shodně stádium rezistence, jehož charakteristikou je aktivní adaptace a třetí stádium jako stádium exhausce nastupující tehdy, kdy organismus již nemá zdroje pro adaptaci. Selye (1966) pracoval také s možností působení nespecifického stresu na specifický, tedy na konkrétní část těla. Toto nazýval lokálním adaptačním syndromem (LAS). Na podkladě této teorie Selye uvažoval o stresu jako o průvodci všech nemocí (Frej, 2004). I přes enormní množství publikovaných prací však nebyly doloženy nevyvratitelné důkazy jednoznačně potvrzující příčinný vztah stresu a somatického poškození.

proti zdůrazňování osobnostních či situačních faktorů jako zásadní proměnné ovlivňující charakter zvládání stresu ve prospěch názoru, že jak osobnost, tak situace se v interakci podílí na zvládání stresu (Snyder a Mann Pulvers, 2001). Rozvítelo se tedy takové pojetí zpracování zátěže, ve kterém je důraz kladen jak na roli jednotlivce a jeho osobnostních charakteristik, tak na situační proměnné. Jako osobnostní charakteristiky mající význam při zpracování stresu byly podle Křivohlavého (2001) identifikovány rozdíly v přístupu k těžkostem ve smyslu locus of control J. Rottera, nezdolnost jako resilience (resiliency – Wernerová), nezdolnost jako coherence (sense of coherence – Antonovsky), nezdolnost jako hardiness (Kobasová, Maddi), osobní zdatnost (self-efficacy – Bandura), naučený optimismus a pesimismus (learned pessimism – Seligman) a jiné. Snyder a Mann Pulver (2001) uvádějí členění širší a dělí je na charakteristiky s pozitivním efektem a negativním efektem. Mezi pozitivní charakteristiky řadí navíc emocionální inteligenci či humor, mezi negativní depresivitu či hostilitu. Z důvodu zaměření praktické části práce se budeme nadále blíže zabývat pouze charakteristikou příčinné orientace.

2.3.2 Typy strategií zvládání stresu

Již v předchozí kapitole jsme se setkali s dělením strategií zvládání stresu (viz Haan). Nyní popíšeme způsoby další.

Jedno ze základních členění podle Lazaruse a Folkmanové (1984) je rozdělení strategií zvládání stresu na strategie zaměřené na problém a strategie zaměřené na emoce. Při nasazení strategií zaměřených na problém jde o vyvinutí vlastní aktivity řešit problém, strategie zaměřené na emoce spočívají ve snaze regulovat emocionální stav aktuálně změněný kvůli stresové situaci (Křivohlavý, 2001). Kebza (2005) zmiňuje ještě třetí skupinu strategií zvládání stresu, jež je některými autory uváděna, a tou je vyhýbavé zvládání, které se projevuje ve formě snahy o odvrácení pozornosti či rozptýlení. Folkmanová a Lazarus (1980) zjistili, že užití strategií zaměřených na problém či na emoce nejsou oddělenými fenomény, ale jsou užívány zpravidla vedle sebe. Míra užití strategií je do určité míry ovlivněna situací. Například při řešení pracovních obtíží se vyskytují ve větší míře strategie zaměřené na problém, zatímco například zdravotní problémy jsou spojovány spíše s užitím strategií zaměřených na emoce.

V návaznosti byly podrobněji analyzovány různé typy strategií zpracování stresu, jako jsou konfrontační zvládání, distancování se, sebekontrola, vyhledávání sociální

podpory, přijetí odpovědnosti, únik a vyhýbání, plánování řešení problému a pozitivní přehodnocení¹³. Byly také hodnoceny dopady užití různých strategií, přičemž se ukázalo, že užití některých strategií bylo spojeno spíše s uspokojivými výsledky, například v případě strategií plánování řešení problému, zatímco třeba konfrontační strategie byla spojena spíše s neuspokojivými výsledky. U dalších strategií se ukázala variabilita v závislosti na situaci a byly spojeny jak s uspokojivými, tak neuspokojivými dopady jako v případě distancování se a pozitivního přehodnocení (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis a Gruen, 1986).

Ještě širší rozčlenění najdeme například v dotazníku COPE, který vyhodnocuje celkem 14 strategií zpracování stresu, konkrétně aktivní zpracování, plánování, pozitivní přerámování, akceptace, humor, náboženství, emocionální podpora, rozptýlení, popření, odlehčení, užívání návykových látek, relaxaci a sebeobviňování (Carver, 1997).

Obecně můžeme strategie zvládání stresu rozdělit podle druhu, zaměření a funkce a účinnosti. Rozdělení dle druhu postihuje způsoby akční a intrapsychické, dle zaměření a funkce jako situačně nebo na reakci orientované strategie a dle účinnosti na strategie stres redukující či posilující, přičemž je důležité uvažovat o tom, zda strategie stres redukuje pouze aktuálně či dlouhodobě a zda krátkodobé snížení míry stresu nemůže vést k dlouhodobému zvýšení (například u strategie vyhýbání se), (Janke a Erdmannová, 2003).

V kontextu této diplomové práce je důležité právě rozlišení dle autorů Janke a Erdmannová (2003), jejichž dotazník je použit jako jedna z metod v našem výzkumu a bude detailně popsán v samostatném oddílu.

Nicméně fakt, že strategie zpracování stresu ovlivňují míru jeho prožívání, je pro nás zásadní a vysvětluje, proč bylo prožívání neplodnosti jako stresující události a vlivu stresu na neplodnost doposud v této práci věnováno tolik pozornosti.

Důležitou otázkou je, zda můžeme strategie zpracování stresu chápat jako stabilní v čase či závislé na typu situace? Dle dispozičního přístupu je zpracování stresu spíše stabilní charakteristikou. Můžeme najít určitou interindividuální stabilitu při výběru typu strategie a i přes variabilitu situací má tendenci volit určitý typ strategie zpracování. Oproti tomu situační přístup přikládá větší vliv pro výběr strategie charakteru situace (Baumgartner, 2001). McCrae (1984, cit. podle Baumgartner, 2001) rozdělil různé typy

¹³ Křivohlavý (2001) překládá názvy jednotlivých strategií jako konfrontační způsob zvládání stresu, hledání sociální opory, plánované hledání řešení problému, sebeovládání (uklidnění emocionálního vzrušení), distancování se od dění, hledání pozitivních stránek dění, přijetí osobní odpovědnosti za řešení situace, snaha vyhnout se stresové situaci a utéci z ní.

stresové situace dle toho, jak na ně lidé reagují. Jsou jimi situace jako výzva (začátek studia, narození dítěte apod.), na které lidé reagují aktivním a racionálním typem chování, situace ohrožení (nemoc, nezaměstnanost apod.), na které lidé reagují spíše pasivními strategiemi, jako je hledání opory ve víře či fatalismus, a situace ztráty (smrt blízké osoby, rozvod, krádež apod.), která je charakteristická podobnými strategiemi jako situace ohrožení. Současně také autoři došli k závěrům, že strategie popření a vyhnutí se není závislé na situačních proměnných.

Také míra emoční zátěže dle mnoha výzkumů ovlivňuje, nakolik se uplatní ta která strategie, kdy ve velmi stresujících situacích se častěji uplatňují strategie redukující emoce a napětí, zatímco v situaci vnímání kontroly nad situací se více uplatňují strategie zaměřené na řešení problému (Baumgartner, 2001).

2.3.3 Strategie zpracování stresu u žen léčících se pro neplodnost

Bylo pojednáno o tom, nakolik je neplodnost a její léčba stresující i nakolik může mít stres vliv na její výsledky. Otázkou je, v jakém vztahu je toto ke strategiím zpracování stresu? Uvedeme zde některé práce, které se k tomuto tématu vyjadřují, i když tato oblast není výzkumně zpracována natolik jako samotné působení stresu.

Peterson, Pirritano, Christensen, Boivin, Block a Schmidt (2009) porovnávali míru prožívaného stresu a způsob zpracování zátěže u pacientů procházejících neúspěšnou léčbou neplodnosti po dobu pěti let. Způsoby zpracování zátěže byly rozděleny do čtyř následujících skupin. 1. strategie aktivního vyhýbání se zátěži (active-avoidance strategies), například vyhýbání se těhotným ženám a dětem, 2. strategie pasivního vyhýbání se zátěži (passive-avoidance strategies), například doufat v zázrak, 3. strategie aktivní konfrontace (active-confronting strategies), například sdílení pocitů, požádání druhé o radu a 4. strategie založená na „hledání smyslu“ (meaning-based coping), například hledání dalších cílů v životě, snaha o pozitivní osobní růst. Ukázalo se, že užívání prvního a druhého typu strategií významně korelovalo s mírou prožívaného stresu. Navíc tento stres v souvislosti s užíváním zmíněných typů zpracování zátěže narůstal v čase. Oproti tomu strategie čtvrtého typu korelovala s mírou stresu negativně, tedy přispívala k jejímu snížení. V souvislosti se strategií číslo tři neudávali autoři statisticky významné korelace s mírou stresu pro ženy.

Sexton et al. (2010) objevili souvislost mezi mírou prožívaného stresu, a to jak stresu vztaženého k neplodnosti, tak obecně prožívaného stresu, odolnosti (resilience)

a aktivních strategií zvládání stresu. Jak předpokládali, aktivní strategie zvládání stresu negativně korelovaly s mírou obecného stresu i stresu vztaženého k neplodnosti.

Pro vznik stresu v průběhu léčby neplodnosti se navíc jako důležitější ukazují obecné osobnostní charakteristiky, jako jsou závislost, sebekritičnost a právě užívání aktivních či pasivních strategií zpracování stresu a sociální podpora než specifické charakteristiky neplodnosti (Van den Broeck et al., 2010).

Demyttenaere et al. (1998) zjistili negativní korelaci mezi mírou deprese a aktivním typem zpracování zátěže a negativní korelaci mezi dosaženým těhotenstvím a mírou deprese, přičemž u zrodu deprese můžeme stres často objevit (Křivohlavý, 2001). Sami autoři však uvádějí, že je potřeba k takovým faktům přistupovat opatrně, protože u běžné populace nebyl vztah mezi strategiemi zpracování stresu a depresí jednoznačně prokázán.

Užití aktivních či pasivních strategií se dokonce dle některých výzkumníků ukázalo jako jeden z nejsilnějších prediktorů míry prožívaného stresu u žen léčících se pro neplodnost (Van den Broeck et al., 2010). U žen podstupujících léčbu neplodnosti se navíc míra stresu mnohdy pohybuje na klinicky významné úrovni (Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaimaat, Braat, 2007).

2.3.4 Osobní příčinná orientace ve vztahu ke stresu a jeho zvládání

2.3.4.1 Co rozumíme pod pojmem osobní příčinná orientace

Pokud hovoříme o osobní příčinné orientaci, myslíme tím „... *dispozici, na již upevněnou pohotovost přisuzovat příčiny zdrojům ve směru pro jedince individuálně či typově příznačném*“ (Balcar, 1996a, s. 29). Jinými slovy můžeme u každého člověka pozorovat určitý trvalý sklon hodnotit některé příčiny důležitých událostí dle oblasti vlivu jako více či méně podstatné, přičemž jedna oblast může být přeceňována a jiná zase podceňována. Tento jev byl v psychologii zkoumán od padesátých let minulého století. Pojmy, které s ním souvisí, jsou „příčinné přisuzování“ (causal attribution – Heider 1958), „motiv kompetence“ (competence motive – White 1959), „místo ovládání (locus of control – Rotter 1966), „naučená bezmoc“ (learned helplessness – Seligman 1975), „vlastní účinnost“ (self-efficacy – Bandura 1977), „přisuzovací styl“ (attributional style) aj. Pojem „osobní příčinná orientace“ (personal causality orientation) rozpracovali Weiner, Deci, Ryan.

Není zde prostor pojednávat o jednotlivých konceptech, ale podstatným faktem je, že zmíněné teoretické koncepty jsou značně propojené. Rotterovo pojetí locus of control je, domníváme se, dobře známým pojmem, pojednávajícím o tom, zda lidé vnímají výsledky svého snažení jako determinované spíše externími faktory – lidé s externím místem kontroly, či jako determinované více jejich vnitřními nebo osobnostními faktory – lidé s interním místem kontroly (Mikšík, 2007) a například Bandurovu vlastní účinnost můžeme vnímat jako jednu z komponent tohoto konceptu (Soenens, Berzonsky, Vansteenkiste, Beyers a Goossens, 2005). Dotazník osobní příčinné orientace použitý v empirické části práce do určité míry navazuje na metodu Levensonové (Balcar, 1996a), která rozšiřuje Rotterovo dvojdimenzionální pojetí internality a externality na pojetí trojdimenzionální, rozšiřující pojetí orientace externí ve smyslu determinace mocí druhých lidí či determinace působením jiných příčin, jako například náhody (Levenson, 1981). Stejně tak v našem pojetí je osobní příčinná orientace vyjádřena jako „*obecný sklon vnímat příčiny závažných událostí v lidském životě ve volbách a počínání člověka samého, druhých lidí nebo ve vlivech mimo lidskou vůli*“ (Balcar, 1996a, s. 29).

Pokud tedy budeme psát o vlivu místa kontroly, činíme tak s vědomím, že je možné tyto poznatky vztáhnout na koncept, který dále zkoumáme, tedy osobní příčinnou orientaci.

2.3.4.2 Osobní příčinná orientace a stres

Podíl internality a externality ve vztahu k síle stresové reakce je již dlouho položenou otázkou. Výzkum provedený Lundbergem a Frankenhouserovou v roce 1978. ukázal, že lidé mají tendenci vykazovat odpověď na stres v závislosti na očekávané kontrole situace a místu kontroly. Lidé s větším podílem externí kontroly vykazovali po delší dobu vzestup kortizolu než lidé s větším podílem kontroly interní. Když ovšem kontrolu nad stresem neměli, s podílem externí kontroly se odpověď na stres v podobě hladiny kortizolu snižovala (Bollini, Walker, Hamann a Kestler, 2004).

Bollini et al. (2004) také došli k závěru, že podíl interní a externí kontroly hraje roli v odpovědi na stresovou situaci, a to jako jedna z determinant, konkrétně takovou, že s pocitem kontroly nad situací a větším podílem interního místa kontroly se snižovala biologická odpověď na stres sledovaná pomocí hladiny kortizolu. Obohatili již uvedené zjištění o fakt, že nejen to, zda jedinec kontrolu má nebo nemá, ale i to, nakolik ji vnímá, hraje důležitou roli v odpovědi na stresovou situaci. Církulárně však lidé s vyšším podílem

externí kontroly vykazovali nižší míru vnímané kontroly. Současně také jimi publikované údaje vypovídají o tom, že lidé s vyšším podílem externí kontroly vykazovali více biologických i fyziologických symptomů v odpovědi na stresovou situaci.

V jejich publikaci najdeme také rešerši literatury, při které zjistili šest publikovaných studií zaměřených na sledování vztahu kontroly nad stresem a vzestupu míry kortizolu nebo adrenokortikotropního hormonu. Výsledky, které byly prezentovány, svědčily o „nerozhodném stavu“ mezi studiemi, které rozdílly našly a které ne.

Takové výsledky nasvědčují, že samotná kontrola nad situací skutečně nestačí jako prediktor míry stresu vyjádřené biologickou odpovědí, ale že také psychologické charakteristiky hrají důležitou roli.

2.3.4.3 Osobní příčinná orientace a strategie zpracování stresu

Uvážíme-li psychologickou povahu místa kontroly a strategií zpracování stresu, je odůvodněné domnívat se, že tyto dvě charakteristiky budou ve vzájemném propojení (Petrosky a Birkimer, 1991). Tímto vztahem se také zabývaly výzkumné práce a určité propojení objevily, v některých případech ve smyslu přímého vztahu užívání určitého typu strategií zpracování stresu a příčinné orientace, jindy ve smyslu spolučinitele příčinné orientace jako jedné z determinantů užívání strategií zpracování stresu.

Petrosky a Birkimer (1991) zkoumali místo kontroly pomocí Levensonové dotazníku IPC, tedy trojdimenzionálního pojetí jako interní působení (I), příčiny jako působení druhých (P) a příčiny spočívající v náhodě/osudu (C). Strategie zpracování stresu pomocí dotazníku Folkmanové a Lazaruse WOCC (Ways of Coping Checklist) a strategie zpracování stresu členili podle faktorové analýzy, která identifikovala dvě subškály nazývané jako přímé zpracování stresu (direct coping) a potlačení (supression). Strategie subškály přímé zpracování stresu byly charakterizovány racionálním, na problém zaměřeným přístupem k řízení situace, ale také určité negativně zatížené položky jako fantazírování a „zbožná přání“. Subškála potlačení byla charakterizována strategiemi typu potlačení myšlenek na situaci a inhibicí v uskutečnění akce. Bylo zjištěno, že interní místo kontroly signifikantně korelovalo se strategiemi typu přímého zpracování stresu a negativně se strategiemi typu potlačení, zatímco místo kontroly typu C bylo v pozitivní korelaci ke strategiím typu potlačení. Pro škálu P nebyl objeven významný vztah s žádným typem strategií zpracování stresu. K podobným závěrům došli také Arslan et al. (2009),

kteří zjistili pozitivní korelaci průměrného skóru strategií zpracování stresu zaměřených na problém a míry interní korelace (měřeno původní Rotterovou škálou I–E).

Shrnutí

Téma stresu a jeho propojení s neplodností je velmi diskutovanou oblastí. Mohli jsme si povšimnout možného vztahu mezi fyziologickou reakcí na stres a funkcí reprodukčního systému ženy.

Ve vztahu k neplodnosti se na stres díváme z různých úhlů pohledu. Je možné, že stres ovlivňuje plodnost jako takovou a je také možné, že má určitý podíl na neúspěchu léčby. Pozornost je věnována i stresu pramenícímu z přítomnosti diagnózy neplodnosti jakož i nárokům na léčbu. Zejména v prvních dvou případech nemůžeme říci, že by mezi jednotlivými výzkumnými závěry panovala shoda. Nicméně vyloučit nebo potvrdit působení stresu jako příčiny neplodnosti ani jeho vlivu na úspěch léčby se zatím nepodařilo. Přesto, jak bylo zmíněno v předchozí kapitole, je účinek velmi intenzivního stresu, zejména v souvislosti s poruchami menstruačního cyklu, poměrně známým faktem. V otázce stresu jako důsledku léčby panuje větší shoda, minimálně v tom ohledu, že s léčbou neplodnosti často souvisí zvýšená míra prožívaného stresu, která byla zjištěna nejen na základě psychologického testování, ale i díky naměřeným hormonálním hladinám, které jsou považovány za jeho fyziologické ukazatele.

Individuální míru prožívaného stresu ovlivňuje nejen samotná přítomnost stresoru a jeho síla. Každý člověk disponuje určitými mechanismy jak stres zvládat a regulovat ho. V naší práci tyto mechanismy nazýváme strategiemi zpracování stresu. Na podkladě bohatých teoreticko-výzkumných východisek je dnes přijímán takový model, který v souvislosti s užíváním strategií zpracování stresu bere v úvahu osobnostní i situační proměnné.

I u žen podstupujících léčbu neplodnosti bylo zkoumáno užívání různých typů strategií zpracování stresu a míry prožívaného stresu. Bylo poukázáno na určitá propojení, která jsou uvažována jak v kontextu situace neplodnosti a její léčby, tak v závislosti na osobnostních charakteristikách.

Za jednu z důležitých determinant zpracování stresu je považována osobní příčinná orientace. Míru prožívaného stresu pravděpodobně ovlivňuje míra kontroly situace, a to

skutečná i percipovaná. Má se za to, že lepším prediktorem při užívání strategií zpracování stresu je vyšší míra interní příčinné orientace, i když ne za všech okolností toto považujeme za směrodatné.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

1. Cíl výzkumu

Ani v závislosti na mnohaletém výzkumu nemůžeme s určitostí říci, jakou konkrétní roli hraje stres v etiologii neplodnosti či jaký má podíl na úspěchu nebo spíše neúspěchu léčby (Greil, 1997). Nicméně je evidentní, že samotná přítomnost diagnózy neplodnost i její léčba jsou náročným životním obdobím. Víme také, že s mírou prožívaného stresu úzce souvisí jeho zpracování a vliv je připisován i osobní příčinné orientaci.

Výzkumné studie se často zaměřují na skupinu žen podstupující léčbu metodou in vitro fertilizace a embryotransfer. My se nezaměřujeme na takto úzkou skupinu žen, neklademe si za cíl odhalit příčinu neplodnosti nebo vliv stresu a osobní příčinné orientace na výsledky léčby.

Chceme zachytit způsoby zpracování stresu a rozložení osobní příčinné orientace u žen podstupujících léčbu neplodnosti. Doufáme, že výsledky naší práce by mohly obohatit zmíněnou oblast zejména na poli psychologické intervence.

Klademe si tři výzkumné otázky:

- 1. Jaké strategie zpracování stresu užívají ženy léčící se pro neplodnost?**
- 2. Jak vypadá rozložení osobní příčinné orientace u těchto žen?**
- 3. Je možné objevit vztah mezi strategiemi zpracování stresu a osobní příčinnou orientací u žen podstupujících léčbu neplodnosti?**

2. Sběr dat

Data byla sbírána v období od května do října 2011. Materiály byly distribuovány v podobě papírové a elektronické.

Papírové dotazníky byly šířeny prostřednictvím těchto zařízení a ordinací:

- Centrum asistované reprodukce Apolinář, Gynekologicko-porodnická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
- Centrum asistované reprodukce – Ústav pro péči o matku a dítě
- GYNPLUS – gynekologická ambulance MUDr. Kateřina Jarolímková

- Soukromá psychologická praxe: PhDr. Markéta Rokytová¹⁴

Veškeré materiály byly respondentkám předány v obálce zpravidla sestrou, výjimečně osobně s prosbou o vyplnění a navrácení materiálů na oddělení či poštou na mou adresu. Využity byly oba způsoby. Obálka obsahovala průvodní text s popsáním účelu výzkumu, anamnestický dotazník, dotazník SVF 78 a dotazník DOPO¹⁵.

Z celkových 140 distribuovaných obálek se vrátilo 50 kusů. Návratnost tedy byla 36 %. Toto číslo však nemůže být bráno jako návratnost dotazníků respondentkami, protože na některých pracovištích nebyly rozdány všechny obálky.

Elektronická verze dostupná z adresy <http://invitro.invivo.cz/neplodnost-vyzkum/> byla šířena prostřednictvím Skupiny GI a projektu na podporu léčby poruch plodnosti Ratolest, a to formou elektronické distribuce účastnicím podpůrných skupin, dále prostřednictvím umístění elektronické adresy v diskuzních fórech níže jmenovaných internetových stránek:

- <http://www.neplodnost.org>
- <http://www.emimino.cz>
- <http://www.zenska-neplodnost.cz>
- <http://www.babyweb.cz>

Veškeré materiály byly shodné s formou papírovou, pouze s drobnou úpravou v úvodní pasáži za účelem přizpůsobení obsahu rozdílnému způsobu sběru dat. Kompletní vyplnění všech materiálů v elektronické podobě dokončilo 38 žen.

Za vyplnění všech materiálů byla respondentkám nabídnuta možnost obdržet výsledky dotazníku SVF 78. Tuto možnost využilo celkem 54 respondentek. Výsledky byly zpracovány pro každou respondentku individuálně a zaslány e-mailem¹⁶.

3. Charakteristika souboru

Soubor je v konečné podobě tvořen **57** ženami aktuálně procházejícími léčbou neplodnosti. Podmínkou pro zařazení do výzkumného vzorku byla jako základní kritérium stanovena doba léčby pro neplodnost a doba snahy o početí s následujícími parametry. Minimální doba snahy o koncepci 12 měsíců, minimální doba léčby 4 měsíce. Stanovení

¹⁴ PhDr. Markéta Rokytová je spolupracovnicí Centra reprodukční medicíny GEST a dlouhodobě pracuje s ženami podstupujícími léčbu pro neplodnost.

¹⁵ Všechny materiály jsou umístěny v příloze diplomové práce. Průvodní text pod označením příloha č. 1, anamnestický dotazník příloha č. 2, dotazník SVF 78 jako příloha č. 3 a Dotazník osobní příčinné orientace jako příloha č. 4.

¹⁶ Příklad vyhodnocení inventáře SVF 78 je umístěn jako příloha č. 5.

minimální doby snahy o koncepci vychází ze samotných definic neplodnosti. Doba léčby byla stanovena jako objektivní kritérium na základě charakteristik získaného souboru. Bylo vyhodnoceno, že ženy podstupující léčbu kratší dobu než čtyři měsíce často podstupovaly jen základní vyšetření a mnohdy neměly dostatečnou zkušenost s léčbou neplodnosti. Dále jsme sledovali celou řadu charakteristik za účelem důsledného popisu souboru.

Z počtu 88 žen, od kterých jsme obdrželi vyplněné dotazníky v papírové nebo elektronické podobě, bylo ze souboru pět respondentek vyřazeno z důvodu těhotenství v době vyplnění materiálů, šest z důvodu krátké doby snahy o početí, krátké doby léčby či absence léčby, sedm z důvodu nekompletního nebo chybného vyplnění dotazníků, jedna respondentka z důvodu léčby pro „stresovou poruchu“, jedna pro léčbu „úzkostí a nezvládání emocí v běžných situacích“, tři respondentky z důvodu jiného onemocnění, z toho dvě pro léčbu astmatu, jedna pro diagnózu epilepsie. Ženy, které uvedly, že již mají děti, byly z výzkumného souboru vyřazeny taktéž, a to v počtu osmi respondentek. Zda tyto ženy v souboru ponechat nebo ne byla otázka, kterou jsme dlouho zvažovali a budeme jí věnovat pozornost v diskusi.

Věk žen se pohyboval v rozmezí od 24 do 39 let s průměrem 31,44 let. Nejsilněji jsou zastoupeny věkové kategorie 28 – 31 let a 32 – 35 let, obě shodně 20 respondentkami. Věková kategorie 24 – 27 let byla zastoupena osmi ženami a kategorie 36 – 39 let devíti ženami. Domníváme se, že toto rozložení přibližně odpovídá reálnému věkovému složení pacientek (Rokyta, 2011). Detailnější informace o věkových charakteristikách je možné vidět v tabulkách 1 a 2.

Tabulka 1 Základní charakteristiky souboru dle věku

Věk	
Minimum	24
Maximum	39
Průměr	31,44
Medián	32
SD	3,63
N	57

Tabulka 2 Základní charakteristiky souboru dle věkových kategorií

Věková kategorie	Četnost	Procentuální četnost	Kumulativní četnost
24 – 27	8	14	14
28 – 31	20	35,1	49,1
32 – 35	20	35,1	84,2
36 – 39	9	15,8	100
Σ	57	100	

Z hlediska nejvyššího dokončeného vzdělání je v souboru zastoupeno 23 žen s úplným dokončeným středním vzděláním s maturitou, což je součet žen se střední školou a středním odborným učilištěm s maturitou. Vysokoškolaček je v našem souboru 21. Dále je ve vzorku zastoupeno osm žen s dokončeným středním vzděláním s výučním listem, čtyři ženy s dokončeným vyšším odborným vzděláním a pouze jedna žena zastupovala kategorii základní školy jako nejvyššího dosaženého vzdělání. Vysoké procento žen s vysokoškolským vzděláním není shodné s národním průměrem pro dané věkové kategorie, kdy je udáváno 13 % vysokoškolaček, u žen středoškolsky vzdělaných je naopak toto číslo v přibližné shodě (Český statistický úřad, 2003). Vyrovnané počty žen vysokoškolaček a středoškolaček s maturitou může být ovlivněno způsobem sběru dat, a to konkrétně zařazením vzorku žen získaného pomocí internetu. V tomto vzorku se nacházelo vyšší procento žen vysokoškolsky vzdělaných, celkem 48 %, oproti souboru žen získaném v konkrétních zařízeních, kde byly vysokoškolsky vzdělané ženy zastoupeny 25 %. Další skutečností, která může ovlivňovat procentuální rozložení skupiny směrem k vyššímu zastoupení žen vysokoškolaček, je již známý fakt odkládání mateřství do pozdější doby, přičemž důvody mohou být i kariéra a studium. I s ohledem na vzorky, které pro své diplomové práce zabývající se podobným tématem získaly Matějů (2002) a Sírťtová (2000), je však takto silné ovlivnění posledním zmíněným faktorem nepravděpodobné. Podrobný přehled je uveden v tabulce 3.

V souboru převládaly ženy s bydlištěm v Praze v počtu 19 žen a ve Středočeském kraji 15 žen, což se dá jistě připsat na vrub umístění zařízení, kde byl prováděn sběr dat. Šest žen udalo bydliště v kraji Moravskoslezském a pět žen v kraji Ústeckém. Ostatní kraje byly zastoupeny v menší míře. Nedomnívám se, že by zmíněné mělo zásadní vliv na výsledky výzkumu. Nemůžeme však vyloučit, že i tato skutečnost hraje určitou roli, a proto pro úplnost uvádíme v tabulce 4 kompletní přehled.

Tabulka 3 Charakteristiky souboru dle vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Četnost
Základní škola	1
Střední odborné učiliště – výuční list	8
Střední odborné učiliště s maturitou	5
Střední škola	18
Vyšší odborná škola	4
Vysoká škola	21
Σ	57

Tabulka 4 Charakteristiky souboru dle místa bydliště

Kraj	Četnost
Jihočeský	1
Jihomoravský	2
Karlovarský	1
Královéhradecký	2
Moravskoslezský	6
Olomoucký	2
Plzeňský	1
Praha	19
Středočeský	15
Ústecký	5
Vysočina	1
Zlínský	2
Σ	57

V našem souboru se 43 žen (75,4 %) léčilo pro neplodnost primární, 14 žen (24,4 %) pro neplodnost sekundární. Z důvodu konstrukce dotazníku je možné, že námi uváděné číslo není údajem absolutně přesným. V anamnestickém dotazníku jsme pokládali pouze otázku zaměřenou na přítomnost potratu v anamnéze, ale je možné, že například

narození mrtvého dítěte, které by také znamenalo diagnózu sekundární neplodnosti, nebylo zachyceno. Přehledné údaje o této charakteristice je možné vidět v tabulce 5.

Tabulka 5 Typ neplodnosti

Typ neplodnosti	Četnost	Procentuální četnost
Primární	43	75,4
Sekundární	14	24,4

V získaném souboru převládala taková neplodnost, jejíž příčina byla diagnostikována na straně ženy, a to v 29 případech (50,9 %). Druhým nejčastějším případem byla neplodnost bez objasněné příčiny, celkem u 12 žen (21,1 %). Dále byla v devíti případech (15,8 %) zastoupena příčina s mužským faktorem a u sedmi párů (12,3 %) společná příčina, tedy příčina neplodnosti jak na straně muže, tak ženy. Popis souboru z hlediska příčiny neplodnosti je současně uveden v tabulce 6.

Tabulka 6 Příčina neplodnosti

Příčina neplodnosti	Četnost	Procentuální četnost
Bez objasněné příčiny	12	21,1
Ženská	29	50,9
Mužská	9	15,8
Společná	7	12,3
Σ	57	100

Mezi příčinami neplodnosti na straně ženy se nejčastěji jednalo o hormonální problémy, tedy problémy spojené se zráním a uvolňováním vajíčka. Do této kategorie spadá také syndrom polycystických vaječníků. Tuto příčinu uvedlo 12 žen, u kterých byla zjištěna nějaká příčina neplodnosti. Devět žen udalo jako příčinu tubární faktor, tedy poškození či neprůchodnost vejcovodů. Dvě ženy uvedly jako příčinu chromozomální poruchy vajíčka, rovněž dvě ženy endometriózu a další dvě ženy imunologickou reakci na sperma. V případě jedné ženy byla diagnostikována předčasná menopauza, u jedné ženy problémy s uhnízděním oplodněného vajíčka. Mnohonásobnou příčinu neplodnosti, kdy nebylo možno určit jednu příčinu jako hlavní, uvedlo sedm žen. Vzhledem k faktu, že

o příčinách neplodnosti referovaly samy ženy, nemůžeme toto rozčlenění brát jako stoprocentně směrodatné, ne snad proto, že by respondentky nebyly znalé své diagnózy, ale není zcela jisté, zda znají všechny příčiny a zejména jsou-li schopné přiřadit je správně k jednotlivým kategoriím. Prostřednictvím formy uspořádání anamnestického dotazníku jsme se takovou situací snažili eliminovat. Popis souboru z hlediska příčiny neplodnosti je důležitým tématem, i když je spekulativní, jaký vliv má tento faktor na prožívání léčby.

Minimální doba snahy o koncepci byla s ohledem na definice neplodnosti stanovena, jak již bylo zmíněno, na 12 měsíců. Maximální délka, kterou uvedla jedna respondentka, byla 180 měsíců. Rozpětí souboru je tedy poměrně značné. Průměrná doba snahy o početí činí 43,1 měsíce. Základní charakteristiky jsou uvedeny v tabulce 7. Z tabulky 8 je poté možné udělat si představu o rozložení souboru dle doby snahy o koncepci. Největší procento, téměř polovina žen, uvedla dobu snahy o koncepci ne delší než 35 měsíců. S přibývajícím dobou snahy o početí, což není překvapivé, se postupně zmenšuje zastoupení žen v jednotlivých kategoriích.

Tabulka 7 Doba snahy o početí

Doba snahy o početí v měsících	
Minimum	12
Maximum	180
Průměr	43,1
Medián	36
SD	33,3

Tabulka 8 Rozložení souboru dle doby snahy o početí

Doba snahy o početí v měsících	Četnost	Procentuální četnost	Kumulativní četnost
12 – 23	16	28,1	28,1
24 – 35	11	19,3	47,4
36 – 47	10	17,5	64,9
48 – 59	7	12,3	77,2
60 – 71	6	10,5	87,7
72 – 83	2	3,5	91,2
84 a více	5	8,8	100
Σ	57	100	

Doba léčby žen, které byly zařazeny do souboru, se pohybovala od 4 do 132 měsíců s průměrnou dobou léčby 22,3 měsíce, jak je doloženo v tabulce 9, která je doplněna o další údaje potřebné k získání bližší představy o vlastnostech souboru s ohledem na popisovanou charakteristiku. V tabulce 10 jsou opět uvedena data s upřesňujícími informacemi z pohledu doby snahy o početí. Z údajů zde uvedených vyplývá, že 23 žen se léčilo v době sběru dat ne více než 11 měsíců. V rozmezí 12 – 19 měsíců léčby se nacházelo 10 žen a 11 žen se léčilo v časovém rozmezí 20 – 27 měsíců. Ženy podstupující delší léčbu než 27 měsíců jsou zastoupeny méně, ale i v kategorii doby léčby vyšší než 52 měsíců se nachází sedm žen.

Tabulka 9 Doba léčby

Doba léčby v měsících	
Minimum	4
Maximum	132
Průměr	22,3
Medián	12
SD	23,2

Tabulka 10 Rozložení souboru dle doby léčby

Doba léčby v měsících	Četnost	Procentuální četnost	Kumulativní četnost
4 – 11	23	40,4	40,4
12 – 19	10	17,5	57,9
20 – 27	11	19,3	77,2
28 – 35	1	1,8	79
36 – 43	3	5,3	84,3
44 – 51	4	7	91,3
52 a více	5	8,7	100
Σ	57	100	

Nejčastější léčbou byla metoda in vitro fertilizace, kterou podstupovalo 39 žen, osm žen bylo do programu asistované reprodukce zařazeno. Z těchto osmi žen všechny mimo jednu užívaly hormonální preparáty a dvě již měly zkušenosti s metodou intrauterinní inseminace, včetně respondentky, která nepodstupovala hormonální stimulaci.

Všechny ženy, které byly zařazeny do programu asistované reprodukce, uvedly užití vlastních oocytů pro in vitro fertilizaci a embryotransfer, pouze jedna žena uvedla, že pro oplodnění oocytu je nutné použití spermií dárce. Pouze hormonální léčbu podstupovalo pět žen, metodu intrauterinní inseminace čtyři ženy, z nichž tři současně užívaly hormonální preparáty. Jedna žena absolvovala transvaginální hydrolaparoskopii a hysteroskopii. Tato respondentka byla ve vzorku ponechána z důvodu odpovídající doby snahy o koncepci i léčby a současně zákroky, které pacientka absolvovala, mohou mít jak diagnostický, tak léčebný charakter. Rozdělení žen dle aktuálně absolvované léčby je uvedeno tabulce 11.

Tabulka 11 Druh léčby

Typ léčby	Četnost
IVF	39
Ženy zařazené do programu IVF	8
Pouze hormonální léčba	5
IUI	4
Jiné	1
Σ	57

Z celkového počtu podstupovalo aktuálně 31 žen hormonální léčbu. Negativní vedlejší účinky udávalo 14 žen. Ve třech případech se jednalo o psychické vedlejší účinky, jimiž byla rozmrzelost, podrážděnost a náladovost. V šesti případech se jednalo o příznaky na tělesné úrovni, nejčastěji bolestivá ňadra, nadýmání, jedna žena udávala jako negativní příznak závratě. Jedna respondentka uvedla v souvislosti s hormonální léčbou pozitivní vedlejší účinky.

Ženám byla položena i otázka týkající se finanční zátěže spojené s léčbou. Celkem 22 žen uvedlo, že je pro ně léčba zcela nezatěžující nebo se výrazněji neodráží na jejich rodinném rozpočtu, 26 žen vnímalo léčbu jako zatěžující, sedm žen jako velmi zatěžující a dvě ženy jako téměř nedostupnou. Výsledky je možné vidět v tabulce 12.

Tabulka 12 Finanční zatížení léčbou

Finanční zatížení léčbou	Četnost
Téměř nedostupná	2
Velmi zatěžující	7
Zatěžující	26
Neodráží se výrazněji na mém/rodinném rozpočtu	19
Zcela nezatěžující	3
Σ	57

4. Použité metody

Při sběru dat byly použity dvě metody standardizované a jeden dotazník vlastní konstrukce. Jmenovitě se jednalo o inventář SVF 78, Dotazník osobní příčinné orientace (DOPO) a anamnestický dotazník. Jejich popisu se budou věnovat následující oddíly.

4.1 SVF 78

SVF 78 je zkrácenou verzí sebesupozovacího inventáře SVF autorů Jankeho a Erdmannové, v české úpravě a překladu Josefa Švancary. V německém originále „Eine Kurzform des Stressverarbeitungsfragebogens SVF 120“ vyšel v roce 2002, v české verzi SVF 78 poté v roce 2003. Jedná se o vícedimenzionální inventář, sloužící k zachycení „*individuální tendence pro nasazení různých způsobů reagování na stres v zátěžových situacích*“ (Janke a Erdmannová, 2003, s. 10). Je určený pro vyšetření dospělé populace.

Test se skládá ze 78 otázek, pro účely vyhodnocení je rozčleněn do 13 subtestů uvedených v tabulce Tabulka 13. Základní členění je provedeno rozdělením strategií pozitivních, tedy takových, které přispívají ke zvládnutí zátěže, jejího zpracování, zmírnění stresu

a strategií negativních, které naopak stres zesilují. Na základě faktorové analýzy bylo provedeno další členění do pěti skupin, jimiž jsou tři subškály strategií pozitivních, jedna pro strategie negativní a dvě strategie zůstaly nezařazené a vyžadují samostatnou interpretaci.

Tabulka 13 Subtesty inventáře SVF 78 a jejich rozčlenění

Číslo subtestu	Název strategie	Typ strategie
1	Podhodnocení	Pozitivní (POZ 1)
2	Odmítání viny	Pozitivní (POZ 1)
3	Odklon	Pozitivní (POZ 2)
4	Náhradní uspokojení	Pozitivní (POZ 2)
5	Kontrola situace	Pozitivní (POZ 3)
6	Kontrola reakcí	Pozitivní (POZ 3)
7	Pozitivní sebeinstrukce	Pozitivní (POZ 3)
8	Potřeba sociální opory	Strategie vyžadující samostatnou interpretaci
9	Vyhýbání se	
10	Úniková tendence	Negativní
11	Perseverace	Negativní
12	Rezignace	Negativní
13	Sebeobviňování	Negativní

Strategie spadající pod označení POZ 1 se vyznačují společnou tendencí přehodnotit a snižovat závažnost stresoru, stresovou reakci nebo prožívání stresu. Jedná se o subtest **Podhodnocení**, který vyjadřuje snahu hodnotit své reakce ve srovnání s ostatními příznivěji nebo je naopak podhodnocovat, a subtest **Odmítání viny**, který vyjadřuje popírání vlastní zodpovědnosti za vzniklou zátěž. Je defenzivní strategií.

Strategie označené jako POZ 2 jsou souhrnně nazvány strategiemi odklonu a jedná se o subtest Odklon a Náhradní uspokojení. Užívání strategie **Odklon** má ve svém významu zahrnuté dvě složky, a to zaprvé tendenci odvrátit zátěž a zadruhé o tendenci navodit psychické stavy zmírňující stres. Rozdíl mezi touto druhou složkou a subtestem **Náhradní uspokojení**, který také vyjadřuje tendenci zaměřit se na kladné city a činnosti spojené se sebezpečením vnější odměnou, jako jsou dobré jídlo či nákupy, je právě v tomto kladném náboji. U strategie Odklon se může jednat o psychické stavy zmírňující stres s neutrálním nábojem, zatímco strategie Náhradní uspokojení je spojena s kladným prožitkem.

Strategie POZ 3 jsou strategiemi kontroly zahrnující subtest Kontrola situace, subtest Kontrola reakcí a subtest Pozitivní sebeinstrukce. **Kontrola situace** je považována za velmi konstruktivní strategii. Zahrnuje tendenci analyzovat situaci, plánovat opatření k jejímu zlepšení a akční tendenci aktivně zasáhnout. Subtest **Kontrola reakcí** je tendencí

zamezit vzniku vzrušení při vzniklé situaci či je neukazovat navenek, případně, pokud již k němu došlo, vzrušení čelit. Subtest **Pozitivní sebeinstrukce** vyjadřuje tendenci přisuzovat sám sobě kompetence zvládnout zátěžovou situaci a dodávat si v takové situaci odvalu.

Subtest **Potřeba sociální opory** a subtest **Vyhýbání** jsou určeny k samostatnému vyhodnocení a nejsou součástí širšího celku. První ze subtestů vyjadřuje potřebu jedince získat podporu od druhých. Může se jednat nejen o konkrétní pomoc při řešení, ale i o rozhovor. Tato strategie může vyjadřovat jak pasivně rezignační tendenci, tak snahu o aktivní řešení. Druhý zmíněný subtest naznačuje snahu zátěži se vyhnout, a to opět buď aktivním zpracováním situace a snahy zamezit jejímu opakování, nebo pouhou pasivní snahou situaci se vyhnout. V souvislosti s jinými způsoby zpracování a typem situace se tedy z dlouhodobého hlediska může jednat jak o strategii produkující pozitivní, nebo negativní důsledky stresu.

Mezi negativní strategie spadají čtyři subtesty, a to **Úniková tendence**, která je charakteristická rezignačním postojem a snahou vyváznout ze zátěžové situace. Takové jednání snižuje pohotovost či schopnost situaci čelit a jedná se o velmi negativní typ jednání, který minimálně z dlouhodobého hlediska zvyšuje míru prožívaného stresu. Dalším subtestem je **Perseverace**, což značí neschopnost odpoutat se od zátěže. Tím, že jedinec dlouho nad situací přemýšlí, se zvyšuje rozrušení spojené se situací a prodlužuje se doba potřebná k obnově výchozího stavu. Mezi strategie negativní patří také subtest **Rezignace**, který ve své podstatě značí subjektivní pocit inkompetence zátěžové situace zvládat. Takové smýšlení provází pocity bezmoci a beznaděje a jedinec se vzdává snahy situaci zvládnout. Posledním ze subtestů celkově i ze skupiny negativních strategií je subtest **Sebeobviňování**, který vyjadřuje tendenci přisuzovat chyby sobě samému a je spojen se sklonem ke sklíčenosti.

Hodnoty vnitřní konzistence a reliability jsou v tomto testu na poměrně vysoké úrovni, a to ve většině subtestů na hodnotě vyšší než 0,8, u některých testů 0,9, u subtestu Odklon a kontrola situace jsou hodnoty mírně snižené (Janke a Erdmannová, 2003).

4.2 Dotazník osobní příčinné orientace – DOPO

Dotazník osobní příčinné orientace si klade za cíl popsat obecnou tendenci člověka vnímat příčiny závažných životních událostí jako výsledek počínání samotného člověka, jiných lidí či sil nepodléhajících lidské vůli. Jedná se o trojdimenzionální rozlišení

rozšiřující Rotterovo dvojdimenzionální pojetí. Skládá se z 24 otázek zahrnujících 12 hodnotově významných okolností, které mohou v životě nastat. Předlohou pro toto rozlišení se stala typologie obecných životních hodnot Logo-test. 12 témat je formulováno jako 12 výsledků události či situace. Úkolem testované osoby je vyjádřit pomocí rozdělení tří bodů, jakou měrou vnímá příčiny událostí jako rozhodující. Příčiny poté kopírují vždy jeden typ příčinné orientace, jimiž jsou orientace vnitřní (IO), vnější (EO) a neosobní (MO). Vnitřní orientace je vztažena k důrazu na vliv samotného člověka, vnější orientace k působení jiných lidí, neosobní poté k vlivům nepodléhajícím lidské vůli. Jednotlivé stupnice byly shledány jako dostatečné, ale ne přespříliš homogenní s hodnotami ukazatele Cronbachova alfa od 0,72 do 0,8 (Balcar, 1996a).

4.3 Anamnestický dotazník

Anamnestický dotazník vlastní konstrukce si kladl za cíl zjistit potřebné údaje pro důkladný popis souboru. Podle oblastí zájmu je možné jej rozdělit na tři části.

První část si klade za cíl zjistit obecné charakteristiky, jako jsou věk, vzdělání, přítomnost dětí a pracovní status. Tato část je umístěna v úvodu dotazníku.

Druhá část je zaměřena na sběr informací týkajících se příčin neplodnosti, absolvované léčbě a s léčbou souvisejících okolností, budoucích plánů v souvislosti s léčbou a jejím nárokům. Tato oblast je složena z devíti otázek s výběrem z možností. V případě otázek, u kterých je riziko výskytu další skutečnosti, která se nenachází v základní nabídce, byl ponechán prostor s výzvou pro doplnění.

Poslední okruh otázek se táže na anamnézu z oblasti somatické i psychické. Důraz při tvorbě dotazníku byl kladen na srozumitelnost a na dostatečný prostor pro doplnění chybějících možností.

5. Metody zpracování dat

Za účelem popsání souboru byly použity metody deskriptivní statistiky. Pro zjištění rozdílu mezi naším souborem a standardizačními soubory použitými pro sestavení norem daných testů byl použit jednovýběrový t-test. Pro ověření možné souvislosti mezi strategiemi zvládání zátěže a osobní příčinnou orientací byl použit Pearsonův koeficient korelace. Naše pozornost byla také věnována rozložení dat, zejména možnosti výrazně asymetrického rozložení, které by mohlo být nevhodné pro užití zmíněných statistických

metod, což se však nepotvrdilo. Pro porovnání našeho souboru se standardizačními soubory daných testů bylo použito pro statistickou analýzu inventáře SVF 78 hrubých skóre. V případě Dotazníku osobní příčinné orientace jsme museli použít standardní skóre, a to pro absenci publikace hrubých skóre. Z důvodu věkového rozložení našeho souboru jsme v případě inventáře SVF 78 vypočítali aritmetický průměr dvou vhodných věkových kategorií pro ženy, konkrétně kategorie 20 – 34 a 35 – 49 let, a poté jsme pracovali s touto hodnotou. Pro analýzu korelací byly použity hrubé skóre. Data byla zpracována pomocí programu SPSS 16.0.

6. Výsledky

6.1 Výsledky SVF 78

V případě inventáře SVF 78 jsme se zaměřili na všechny uvedené strategie zpracování stresu a souhrnné ukazatele pozitivních a negativních strategií, včetně dílčích strategií ze škály pozitivních. V tabulce 14 jsou uvedeny údaje deskriptivní statistiky námi získaného souboru.

Pokud provedeme porovnání míry užitých strategií v rámci celého inventáře, zjistíme, že respondentky vypovídaly ve smyslu hojného využití strategií spektra POZ 3 ($x = 15,98$), konkrétně strategií kontrola situace ($x = 16,51$) a pozitivní sebeinstrukce ($x = 16,00$). Mezi další strategie, jejichž hodnoty napovídají častějšímu využití, jsou strategie perseverace ($x = 15,67$) a strategie vyhýbání se ($x = 14,77$). Naopak mezi strategie, o jejichž užívání referovaly respondentky nejméně, patří strategie podhodnocení ($x = 9,70$), strategie rezignace ($x = 10,04$) a strategie úniková tendence ($x = 10,98$). Nižšího skóre bylo dosaženo u souhrnu strategií POZ 1 ($x = 10,9$), zejména vlivem nízkého skóre u strategie podhodnocení. Užití celkové pozitivní strategie ($x = 13,73$) převažuje nad užitím celkové negativní strategie ($x = 11,98$).

Tabulka 14 Ukazatele deskriptivní statistiky pro jednotlivé subškály inventáře SVF 78

Strategie	Průměr	Medián	Min.	Max.	SD
Podhodnocení	9,70	9	0	19	4,424
Odmítání viny	12,09	12	6	19	2,824
Odklon	13,53	14	6	19	3,306
Náhradní uspokojení	12,82	13	3	24	4,489
Kontrola situace	16,51	17	0	24	4,504
Kontrola reakcí	15,44	16	6	22	3,279
Pozitivní sebeinstrukce	16,00	17	4	24	3,864
Potřeba sociální opory	15,88	16	3	24	5,285
Vyhýbání se	14,77	15	0	23	4,690
Úniková tendence	10,98	11	3	20	4,181
Perseverace	15,67	17	1	24	5,810
Rezignace	10,04	10	0	20	4,671
Sebeobviňování	11,23	10	0	21	4,375
POZ 1	10,90	11	5,5	18,5	2,825
POZ 2	13,18	14	6	20,5	3,181
POZ 3	15,98	16	6	23	3,243
Pozitivní celkem	13,73	14	8	19	2,349
Negativní celkem	11,98	12	1	20	3,929

Z porovnání výsledků našeho souboru se souborem použitým autory pro vypracování norem vyplývá, že průměrný skór ukazatele celková pozitivní strategie je signifikantně vyšší ($p = 0,000$) na hladině významnosti $\alpha = 0,01$, čemuž odpovídají výsledky sekundárních ukazatelů POZ 1 ($p = 0,000$) a ukazatele POZ2 ($p = 0,000$), jejichž průměrné skóry se ukázaly být signifikantně vyšší na hladině významnosti $\alpha = 0,01$. Také průměrný skór strategie podhodnocení ($p = 0,006$), odmítání viny ($p = 0,000$), odklon ($p = 0,001$), náhradní uspokojení ($p = 0,000$), vyhýbání se ($p = 0,000$) a úniková tendence ($p = 0,005$) jsou signifikantně vyšší na hladině významnosti $\alpha = 0,01$. Strategie potřeba sociální opory ($p = 0,045$) je signifikantně vyšší na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Pro ukazatel celkové negativní strategie a v případě subtestů kontrola situace, kontrola reakcí, pozitivní sebeinstrukce, perseverace, rezignace, sebeobviňování a dílčí strategie POZ 3 nebyl zjištěn signifikantní rozdíl. Výsledky můžeme vidět v tabulce 15.

Tabulka 15 Výsledky statistického zpracování inventáře SVF 78 metodou t-test

Strategie	t	Hladina významnosti
Podhodnocení	2,870	0,01
Odmítání viny	5,408	0,01
Odklon	3,679	0,01
Náhradní uspokojení	5,508	0,01
Kontrola situace	-0,530	ns
Kontrola reakcí	- 0,349	ns
Pozitivní sebeinstrukce	0,000	ns
Potřeba sociální opory	2,046	0,05
Vyhýbání se	4,945	0,01
Úniková tendence	2,930	0,01
Perseverace	-1,823	ns
Rezignace	1,357	ns
Sebeobviňování	-0,780	ns
POZ 1	4,944	0,01
POZ 2	5,804	0,01
POZ 3	-0,369	ns
Pozitivní celkem	5,646	0,01
Negativní celkem	0,294	ns

6.2 Výsledky DOPO

U Dotazníku osobní příčinné orientace jsme sledovali charakteristiku osobní příčinné orientace vnitřní (IO), vnější (EO) a neosobní (MO). V tabulce 16 je možné vidět údaje deskriptivní statistiky námi získaného souboru pro jednotlivé stupnice.

Tabulka 16 Údaje deskriptivní statistiky pro jednotlivé škály dotazníku DOPO

Typ osobní příčinné orientace	Průměr	Medián	Min.	Max.	SD
IO	48,94	49	35	68,5	8,026
EO	14,18	14	0	24,0	6,036
MO	8,89	9	0	24,5	5,105

Z výsledků je evidentní, že u respondentek převládá osobní příčinná orientace vnitřní ($x = 48,94$), v pořadí druhou zastoupenou je osobní příčinná orientace vnější ($x = 14,18$) a nejméně zastoupeným typem je osobní příčinná orientace neosobní ($x = 8,89$).

Výsledky analýzy dat pomocí t-testu ukázaly, že průměrný skóre osobní příčinné orientace je signifikantně vyšší ($p = 0,030$) oproti souboru použitému pro vytvoření norem na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. V případě externí příčinné orientace jsme nezjistili signifikantní rozdíl. Průměrný skóre neosobní příčinné orientace je signifikantně nižší ($p = 0,002$) na hladině významnosti $\alpha = 0,01$. Výsledky je také možné vidět v tabulce 17. Při analýze výsledků Dotazníku osobní příčinné orientace musíme mít na paměti, že způsob jeho vyplnění pomocí nucené distribuce tří bodů nutně vede k faktu, že při zvýšení či snížení skóre u jedné škály se toto v opačném pólu projeví u škály jiné.

Tabulka 17 Výsledky statistického zpracování metodou t-test pro DOPO

Typ osobní příčinné orientace	Průměr po převedení na steny	SD	t	Hladina významnosti
IO	6,16	2,234	2,223	0,05
EO	5,60	2,542	0,287	ns
MO	4,58	2,095	-3,318	0,01

6.3 Souvislosti mezi výsledky SVF 78 a DOPO

Na základě statistické analýzy pomocí Pearsonova korelačního koeficientu jsme zjistili určité souvislosti mezi výsledky dotazníku SVF 78 a Dotazníku osobní příčinné orientace. Na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ byla zjištěna středně silná pozitivní korelace mezi charakteristikou externí příčinná orientace a strategií perseverace ($r = 0,340$, $p = 0,010$). Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ byly zjištěny středně silné pozitivní korelace mezi interní příčinnou orientací a strategiemi odmítání viny ($r = 0,302$, $p = 0,022$) a sekundárním ukazatelem POZ 1 ($r = 0,330$, $p = 0,012$), negativní korelace se strategiemi vyhýbání se ($r = -0,326$, $p = 0,013$) a perseverace ($r = -0,307$, $p = 0,020$). V případě neosobní příčinné orientace byla zjištěna středně silná negativní korelace se strategií odmítání viny ($r = -0,332$, $p = 0,012$) a slabá negativní se sekundárním ukazatelem POZ 1 ($r = -0,281$, $p = 0,034$). Vzhledem k rozložení typů příčinné orientace, kdy interní je zastoupena v daleko větší míře než druhé dva typy, by bylo nepravděpodobné a ani jsme neobjevili, že by se opačné korelace navzájem projevíly mezi konkrétní strategií a externí nebo neosobní příčinnou orientací.

Tabulka 18 Korelace mezi jednotlivými škálami inventáře SVF 78 a DOPO

		IO	EO	MO
Podhodnocení	Pearsonův koef.	0,228	-0,180	-0,147
	Sig.	0,088	0,181	0,276
Odmítání viny	Pearsonův koef.	0,302*	-0,121	-0,332*
	Sig.	0,022	0,370	0,012
Odklon	Pearsonův koef.	0,101	0,004	-0,163
	Sig.	0,456	0,978	0,226
Náhradní uspokojení	Pearsonův koef.	0,143	-0,098	-0,108
	Sig.	0,290	0,468	0,422
Kontrola situace	Pearsonův koef.	-0,150	0,103	-0,114
	Sig.	0,266	0,447	0,398
Kontrola reakcí	Pearsonův koef.	-0,071	-0,022	0,137
	Sig.	0,600	0,871	0,308
Pozitivní sebeinstrukce	Pearsonův koef.	0,064	-0,082	-0,003
	Sig.	0,638	0,543	0,984
Potřeba sociální opory	Pearsonův koef.	-0,109	0,010	0,159
	Sig.	0,421	0,940	0,239
Vyhýbání se	Pearsonův koef.	-0,326*	0,290*	0,169
	Sig.	0,013	0,029	0,208
Úniková tendence	Pearsonův koef.	-0,185	0,154	0,110
	Sig.	0,167	0,254	0,416
Perseverace	Pearsonův koef.	-0,307*	0,340**	0,082
	Sig.	0,020	0,010	0,545
Rezignace	Pearsonův koef.	-0,098	0,002	0,152
	Sig.	0,467	0,988	0,258
Sebeobviňování	Pearsonův koef.	-0,131	0,056	0,139
	Sig.	0,333	0,678	0,304
POZ 1	Pearsonův koef.	0,330*	-0,201	-0,281*
	Sig.	0,012	0,131	0,034
POZ 2	Pearsonův koef.	0,153	-0,067	-0,161
	Sig.	0,256	0,619	0,231
POZ 3	Pearsonův koef.	-0,068	0,007	0,098
	Sig.	0,615	0,956	0,468
Pozitivní celkem	Pearsonův koef.	0,132	-0,091	-0,101
	Sig.	0,327	0,502	0,456
Negativní celkem	Pearsonův koef.	-0,229	0,183	0,143
	Sig.	0,087	0,174	0,287

** Korelace je signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

*Korelace je signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

N = 57

7. Diskuse

Cílem našeho výzkumu bylo popsat charakteristiky v užívání strategií zpracování stresu, rozložení osobní příčinné orientace a souvislosti mezi těmito charakteristikami u žen léčících se pro neplodnost.

V případě inventáře SVF 78 jsme dospěli ke zjištění, že ženy z našeho souboru vykazovaly u některých škál signifikantně vyšší průměrné hodnoty, než udávají normy pro daný test. Převážně se jednalo o strategie ze skupiny pozitivních, ale také u strategií vyžadujících samostatné vyhodnocení a jedné negativní strategie. Obecně můžeme říci, že ženy vypovídaly ve smyslu četného užívání širokého spektra strategií. Ani v jedné škále nebyl průměrný výsledek signifikantně nižší oproti normám testu.

Nejprve, před samotnou interpretací, jsme se zamýšleli nad tím, jak je možné vysvětlit takovou situaci, kdy respondentky vypovídaly ve smyslu velmi četného užívání strategií zpracování stresu. Máme si tento fakt vykládat jako obecnou charakteristiku těchto žen, nebo jej můžeme přičíst spíše situačním proměnným? U žen léčících se pro neplodnost se někdy můžeme setkat se sklonem vypovídat tendenčně ve směru sociální žádoucnosti (Koryntová et al., 2001). Pokládáme tedy za možné, že vzhledem ke kontextu testování, kdy si respondentky byly vědomé toho, že se jedná o výzkum související s léčbou neplodnosti, mohly vypovídat ve smyslu vyšší sociální desirability. Vzhledem k charakteru dotazníku SVF 78 tuto možnost bereme v úvahu spíše při interpretaci celkové míry užívání strategií než očividné snaze o stylizaci, i když nemáme podklady pro to, abychom mohli jednu či druhou variantu potvrdit nebo zamítnout.

Užití aktivních strategií zpracování stresu se ukázalo jako prediktor nižší míry prožívaného stresu (Sexton et al. 2010, Van den Broeck et al., 2010) a deprese (Demyttenaere, 1998) u žen podstupujících léčbu neplodnosti. Celkové ukazatele negativní strategie jsou charakteristické spíše pasivní formou zpracování stresu, pozitivní vykazují více typů aktivního zpracování a sami autoři inventáře SVF 78 přisuzují pozitivním strategiím kladný vliv na snížení míry prožívaného stresu a negativním vliv opačný (Janke a Erdmannová, 2003). V tomto kontextu by tedy námi zjištěné výsledky byly pozitivním prediktorem.

Pro interpretaci je však potřebná důkladnější analýza. V subtestech strategií pozitivního spektra bylo oproti normám uvedeným autory zvýšené užívání strategií PODHODNOCENÍ, ODMÍTÁNÍ VINY, ODKLON a NÁHRADNÍ USPOKOJENÍ. Jedná se

o strategie, které vyjadřují tendence přehodnocovat a snižovat závažnost stresoru a odmítat odpovědnost za zátěž a odklánět se od stresové události v souvislosti s vyhledáváním jiných zdrojů uspokojení, jako jsou dobré jídlo či nákupy apod. Strategie POTŘEBA SOCIÁLNÍ OPORY a VYHÝBÁNÍ SE mohou mít pozitivní i negativní efekt, kdy u obou je možné najít jak aktivní přístup ve vyhledávání opory u druhých, tak pasivní spoléhání se na jejich pomoc. U subtestu vyhýbání se může jednat o aktivní kroky směřující k zamezení opakování situace nebo snahu o pouhé vyhnutí se. Pokud tuto strategii vyhodnotíme v kontextu zvýšeného užívání strategie ÚNIKOVÁ TENDENCE, pro niž je charakteristický prvek rezignace a snahy vyváznout ze zátěže spojené s nízkou pohotovostí zátěži čelit, kloníme se spíše k interpretaci prosté snahy vyváznout ze zátěže. Zajímavé je, když uvážíme výpověď o užívání jiných strategií ze spektra pozitivních, že ze skupiny strategií POZ 3 – strategie kontroly (subtesty kontrola situace, kontrola reakcí, pozitivní sebeinstrukce), které jsou charakteristické aktivním přístupem a snahou situaci a s ní spojené emoce zvládnout a víry ve vlastní schopnosti a motivaci dodávanou sama sobě, nevykazovala ani jedna škála signifikantní rozdíl oproti normám udávaným autory. Můžeme si všimnout, že strategie, které se ukázaly signifikantně zvýšené oproti normě, v sobě nezahrnují tolik aktivity směřované k řešení problému jako strategie, které se neukázaly signifikantně zvýšené oproti normě. Pokud bychom měli takové zjištění interpretovat jako charakteristiku žen léčících se pro neplodnost, byla by na místě úvaha, zda takové rozložení nemůže vést z dlouhodobého hlediska ke zvýšené míře stresu, i když se u čtyř ze sedmi strategií jedná o strategie ze spektra pozitivních. Stále však máme na paměti, že ani u jedné strategie nebylo dosaženo signifikantně nižšího aritmetického průměru oproti normám.

Na užití různých způsobů strategií zpracování stresu má vliv typ situace (Folkman a Lazarus, 1980), na psychologické dopady užívání různých typů strategií zpracování stresu kontext situace (Folkman et al., 1986). I když je dotazník SVF 78 určen k zachycení obecné tendence v užívání strategií zpracování stresu a není vztažen ke konkrétní situaci (Janke a Erdmannová, 2003), musíme brát v úvahu, že kontext sběru dat mohl vést k zaměření pozornosti na léčbu neplodnosti, a tím pádem ovlivnit výklad vztažením na tuto konkrétní situaci. V případě, kdy ženy mohou ovlivnit situaci jen omezeně, a takovou situaci samotná léčba a léčebné procedury dle našeho názoru jsou, by se mohlo užívání těchto typů strategií jevit jako přirozená reakce.

I když některé ženy dělají hodně pro to, aby byla léčba úspěšná (mění stravovací návyky, nepijí kávu, alkohol apod.), v jiných oblastech jsou značně omezené až „paralyzované“ a volný čas, včetně výběru dovolené, podřizují léčbě a očekávanému těhotenství. Z důvodu obav o výši rodičovského příspěvku a možnosti návratu do zaměstnání po mateřské dovolené mají obavu zaměstnání změnit, přičemž tato situace může být dlouhodobá – v závislosti na úspěchu/neúspěchu léčby (Slepičková, 2009). Je tedy možné, že výpověď o míře užívání těchto strategií v porovnání s normou do určité míry kopíruje situaci ženy v průběhu léčby. Nejsou nám však známá fakta, která by možnost takové interpretace výsledků dotazníku SVF 78 umožňovala či naopak vyvracela.

Uvědomujeme si, že preference v užívání strategií zpracování stresu ovlivňují osobnostní rysy (Connor-Smith a Flachsbart, 2007). U žen podstupujících léčbu neplodnosti byly nalezeny rozdíly v užívání strategií zpracování stresu i v závislosti na příslušnosti k sociální třídě (Schmidt, Holstein a Christensen, 2005). Nemáme však o našem souboru k dispozici takové údaje, které by umožňovaly vyhodnotit data v závislosti na těchto charakteristikách. Uvědomujeme si proto, že k interpretaci možných příčin, proč byly dosaženy výsledky námi předložené, by bylo zapotřebí skutečně komplexních informací.

V případě Dotazníku osobní příčinné orientace byla zjištěna vyšší míra interní příčinné orientace a nižší míra typu neosobní orientace. Vzhledem ke způsobu skórování není překvapivá určitá polarizace výsledků mezi škálou interní příčinné orientace a jednou ze zbývajících škál.

Interní místo kontroly „*mj. předurčuje k aktivnějšímu vyhledávání informací, jednoznačnějšímu a častějšímu vyjadřování pozitivních emocí a jakési celkově vyšší úrovni připravenosti na potenciálně nepříznivé životní události*“ (Kebza, 2001, s. 24). Námi získané výsledky, které vypovídají o převaze interní příčinné orientace i ve vztahu k normám testu, můžeme hodnotit jako pozitivní prediktor pro vyrovnání se s diagnózou i léčbou a jejími nároky. Je také důležité, že vnímaná kontrola, kterou interní příčinná orientace zachycuje, může být jednou z důležitých determinant pro míru biologické odpovědi na stres (Bollini et al., 2004). Dosažené výsledky ukazují dobrý předpoklad pro zvládání situace jak na psychosociální, tak i na fyziologické úrovni.

V korelační analýze byly zjištěny určité vztahy mezi typem osobní příčinné orientace a strategiemi zpracování stresu. Vzhledem k nízké hladině významnosti u většiny nalezených asociací, síle asociace umístěné zpravidla v dolní hranici pásma udávaného pro

střední sílu asociace, tedy v rozmezí 0,3 – 0,7 (Hendl, 2009) a faktu, že přibližně 5 % korelací je považováno za náhodné, nemůžeme hodnotit zjištěné výsledky jako příliš průkazné. Výraznější vztah jsme identifikovali u strategie perseverace, která negativně korelovala s interním typem příčinné orientace a pozitivně s externím typem orientace, což by bylo možné předpokládat. To můžeme interpretovat tak, že přemítat o problému a neschopnost se od problému odpoutat se vyskytuje méně u těch žen z našeho souboru, které vnímají příčiny samy v sobě, zatímco u žen, které příčiny přičítají druhým, se takové chování vyskytuje více. Další vztahy nepovažujeme za příliš průkazné, ale oproti dalším studiím tedy nemůžeme říci, že bychom objevili průkazné vztahy (Petrosky a Birkimer, 1991; Arslan, 2009), ale současně naše zjištění nepokládáme za opozitní.

Překvapivý fakt je absence vztahu mezi strategií pozitivní sebeinstrukce, která zachycuje „*v jaké míře mají jedinci sklon přisuzovat kompetenci sobě a dodávat si odvahu v zátěžových situacích*“ (Janke a Erdmannová, 2003, s. 14) a postihuje určité prvky charakteristické pro interní příčinnou orientaci. Je možné, že určité zkreslení výsledků s sebou nese rozdílný typ skórování obou dotazníků.

Zhodnotíme-li výstupy obou metod mimo výsledky statistické analýzy, najdeme shodný pozitivní prvek ve zvýšeném užívání pozitivních strategií zpracování stresu a ve zvýšeném skóru dosaženém na škále interní příčinné orientace. Tyto výsledky nemáme statisticky podložené.

Jedním ze stěžejních témat diskuse jsou charakteristicky výzkumného souboru. Při interpretaci je podstatné uvědomit si, na jakou skupinu žen můžeme výsledky vztáhnout. Pro výzkum jsme měli k dispozici soubor žen aktuálně procházejících léčbou pro neplodnost. Jak již vypovídá název práce, v první řadě je tedy nezbytné uvědomit si, že není možné aplikovat výsledky na ženy, které se potýkají s neplodností, ale pouze na ty, které se rozhodly pro léčbu a léčbu také aktuálně podstupují. Nemáme data žen, kterým neplodnost nevadí, a také nemáme informace o ženách, které se z jakéhokoli důvodu rozhodnou nepodstoupit léčbu a volit jiné možnosti, kterými může být adopce, pěstounská péče, přijetí bezdětnosti aj.

Uvědomujeme si, že abychom mohli některá zjištěná fakta zobecňovat, by výzkumný vzorek zasluhoval značné rozšíření. Vzorek o velikosti 57 respondentek, pokud bychom se snažili postihnout demografické charakteristiky pacientek a mnoho proměnných léčby, nemůže být ani v závislosti na své velikosti dostačujícím. Jako pozitivum vnímáme, že se nám podařilo získat respondentky z různých krajů a soubor je

tak pestřejší. Již na první pohled však vidíme, že je vzorek nereprezentativní, převažují ženy s bydlištěm v Praze (ve 33,3 %) a Středočeském kraji (v 26,3 %), zatímco ve skutečnosti je v Praze i ve Středočeském kraji zastoupeno 12 % žen České republiky (Český, 2011), některé další kraje zcela chybí, konkrétně kraj Pardubický a Liberecký. Opomineme-li fakt, že by zastoupení v kraji odpovídalo skutečnosti, množství respondentek ve vzorku by při tomto počtu bylo příliš nízké, než aby mohlo být považováno za reprezentativní. To je zcela jistě způsobeno lokací zařízení, kde byl prováděn sběr dat.

Soubor nepovažujeme za reprezentativní ani dostatečně rozsáhlý pro možnost zobecnění výsledků na ženy léčící se pro neplodnost.

Způsob sběru dat mohl rovněž ovlivnit výsledky výzkumu. Sběr dat byl prováděn zpravidla zprostředkovaně, formou tužka papír a v podobě internetového dotazníku. Metody nebyly restandardizovány pro možnost internetového testování. I přes instrukce o prezentaci výzkumu jsme nemohli plně kontrolovat formu předání dotazníků. Negativní vliv tohoto faktu jsme se snažili omezit průvodním textem umístěným v každé obálce (viz příloha č. 1).

Dlouho jsme rozmyšleli, zda do výzkumu zařadit ženy, které uvedly, že již mají děti. Skutečnost, zda je žena matkou, by mohla ovlivnit její prožívání léčby a zprostředkovaně i vyplnění materiálů. Ty, ač nejsou přímo zaměřené na prožívání léčby, byly předkládány jako materiály související s výzkumem léčby neplodnosti a domníváme se, že tento fakt může jejich vyplnění určitým způsobem ovlivnit. Současně si uvědomujeme, že v prožívání situace mohou být rozdíly v závislosti na skutečnosti, zda má žena děti se současným partnerem, zda jde o její biologické děti či například děti adoptované apod. Na základě anamnestického dotazníku máme informace o počtu a věku dětí, kdy jedna žena uvedla, že má dítě staré 15 let, jiná uvedla dvě malé děti. Jiné informace k dispozici nemáme. Současně máme velké pochyby, zda by bylo vhodné v rámci anamnestického dotazníku takové dotazy pokládat.

Zaměřili jsme se i na fakt, zda se získané výsledky v jednotlivých užitých metodách liší u žen, které již děti mají a u žen bezdětných. Žádné výrazné rozdíly jsme nezjistili, ale nemáme také dostatečné podklady, které by toto vyvrátily, bereme li v úvahu nedostatečné informace a nízký počet těchto žen. A proto jsme se rozhodli tyto ženy z výzkumného souboru vyřadit.

Otázkou přímo související je sloučení žen s diagnózou neplodnost primární a sekundární. Naším záměrem není zkoumat možné psychologické příčiny neplodnosti, jejichž ukazatelem by mohla být absence otěhotnění. Riziko potratu po absolvování některých metod asistované reprodukce je zvýšené (Marcus, 2011) a její úspěch závisí na mnoha faktorech (Levi-Seti, 2003), které jsou obtížně interpretovatelné. V rámci koncepce našeho výzkumu jsme tedy neshledali jednoznačný důvod, proč tyto ženy do souboru nezahrnout.

Je na místě položit si otázku, zda fáze léčby nemůže ovlivňovat získané výsledky. Naším cílem bylo popsat ženy léčící se pro neplodnost jako širší skupinu, nikoliv zkoumat vliv zjišťovaných charakteristik na výsledky léčby, kdy by bylo na místě pregnantního vymezení. Osobní příčinná orientace je považována za relativně stabilní osobnostní charakteristiku (Balcar, 1996a). Preference určitých typů strategií zpracování stresu je také považována za relativně stabilní charakteristiku (Janke a Erdmannová, 2003), i když musíme uvážit charakter situace, který může výběr preferovaných strategií výrazně ovlivnit (McCrae, 1984, cit. podle Baumgartner, 2001). Demyttraere et al. (1991) nenašli rozdíl ve způsobu zpracování stresu v závislosti na délce léčby ani množství prodělaných zákroků, domníváme se tedy, že vliv na vyplnění dotazníku SVF 78 může mít spíše charakter celé situace než aktuální stádium průběhu léčby.

Při vztažení získaných poznatků z jednotlivých dotazníků musíme brát v úvahu nevýhody v podobě jejich standardizace. U dotazníku SVF 78 jsou data založená na porovnání s původním 120položkovým inventářem, a tudíž nižší počet probandů pro standardizaci samotného SVF 78, kdy vzorek zahrnoval 122 žen a 124 mužů. Švancara však inventáři SVF 78 připisuje dobré vlastnosti a poměrně širokou využitelnost pro porovnání různých skupin i pro individuální diagnostiku (Janke a Erdmannová, 2003). Je možné, že dosažené výsledky jsou výsledkem nedostatečné standardizace.

Normy Dotazníku osobní příčinné orientace byly vytvořeny na základě dat získaných od skupiny vysokoškolských studentů a nemůžeme je pokládat za reprezentativní. S věkem je pravděpodobnost většího příklonu ve prospěch škál externí a neosobní orientace (Balcar, 1996b). Na základě další analýzy jsme dle předpokladu i my objevili negativní korelaci mezi věkem a mírou interní příčinné orientace, což nebylo předmětem našeho výzkumu, ale chtěli jsme z důvodu možnosti interpretace výsledků toto ověřit. Výsledky korelační analýzy jsou umístěny jako příloha č. 6. Pokud tedy skutečně platí, že s věkem se snižuje míra interní příčinné orientace, můžeme se přiklonit k tomu, že

je možné na základě výsledků porovnání naší skupiny žen a norem uvedených v Dotazníku osobní příčinné orientace provést určitou interpretaci. V souladu s trendem by výsledky dosažené na škále interní orientace měly být spíše nižší, zatímco v našem případě tomu bylo naopak.

Pro vylepšení stávajícího výzkumného designu by bylo vhodné zvážit použití konkrétní metody z hlediska jejich skórování, což může do jisté míry zkreslit i výsledky korelační analýzy.

Jako podnět pro další výzkum bychom položili otázku, zda mohou strategie zpracování stresu a osobní příčinná orientace souviset s tím, jaké metody léčby je žena ochotná podstoupit. Některé pacientky mohou absolvovat určitou omezenou léčbu u svého gynekologa a poté se rozhodnout pro jinou formu, jak se stát rodičem (např. adopce), nebo pro bezdětnost. Jiné ženy akceptují intrauterinní inseminaci, ale již ne in vitro fertilizaci a embryotransfer. Některé ženy jsou ochotné podstoupit mnoho zákroků, aby se staly matkami vlastního potomka. Může užívání konkrétních strategií zpracování stresu osobní příčinná orientace s tímto alespoň částečně souviset?

Situace neplodnosti s sebou přináší řadu obtížných momentů z psychologického, psychosociálního, fyziologického i čistě praktického pohledu a může být bolestnou životní zkušeností. Ženy se také mnohdy cítí v „časové tísní“ a každý neúspěch je pro ně velkým zklamáním (Slepičková, 2009). Celé období léčby neplodnosti můžeme považovat za značně zatěžující. Mnoho výzkumníků se snaží poodhalit možné příčiny neplodnosti psychologicky podmíněné či popsat vliv prožívání ženy na výsledky prodělaných zákroků. Chtěli bychom, aby výsledky výzkumu poukázaly na možnost, že ženy zahrnuté do našeho souboru se ve zkoumaných oblastech nejenže neliší v negativním slova smyslu od srovnávané populace, ale naopak se zdá, že jsou schopné vyvinout velké úsilí zpracovat stres a interní příčinná orientace s tímto zjištěním v určitém úhlu pohledu koresponduje. Domníváme se také, že vzhledem k nárokům, které výzkum neplodnosti přináší, a všem pochybnostem, které jsou s interpretací výsledků spojené, je potřeba nahlížet na pacientky i celý pár vždy individuálně a zároveň výzkumné závěry přijímat jako jednu z možných interpretací jak příčiny, tak následku.

Závěr

V předložené diplomové práci jsme mapovali strategie zpracování stresu a osobní příčinnou orientaci u žen aktuálně se léčících pro neplodnost. Cílem bylo zjistit, jak vypadá rozložení uvedených charakteristik u této skupiny žen a najít mezi nimi případnou souvislost.

Teoretická část byla věnována neplodnosti, jejímu vymezení, obecným charakteristikám, fyziologickým příčinám neplodnosti i některým teoriím o původu psychologickém, charakteristikám léčby a jejím dopadům. Dále jsme se blíže zabývali otázkou stresu ve spojení s neplodností, strategiím jeho zpracování a osobní příčinné orientaci jako jedné z determinant zpracování stresu. Na základě zpracované literatury jsme mohli konstatovat, že výzkumné práce věnující se neplodnosti jsou oblastí velmi hojnou a závěry, k nimž dospěly, se mnohdy zásadně různí. Nepokoušeli jsme se navodit představu ucelenosti a jasných tvrzení, naopak doufáme, že na základě teoretické části vyvstanou čtenáři na mysli otázky a podnítí ho k dalším úvahám.

V empirické části jsme prezentovali vyhodnocená a analyzovaná data získaná od žen procházejících léčbou neplodnosti. Ženy vyplňovaly konkrétně inventář SVF 78 zachycující strategie zpracování stresu a Dotazník osobní příčinné orientace DOPO. Data byla vyhodnocena a porovnána s normami a současně byla navzájem korelována.

Dospěli jsme ke zjištění, že je možné najít určité specifické charakteristiky jak pro strategie zpracování stresu, tak pro rozložení osobní příčinné orientace. Vzájemný vztah mezi výsledky inventáře SVF 78 a dotazníku DOPO nepovažujeme za podložený, výsledky nebyly natolik průkazné, abychom je mohli přesvědčivě interpretovat.

V diskusi jsme shrnuli dosažené výsledky a snažili jsme se poukázat na mnohá omezení, se kterými se prezentovaná práce potýká a právě s vědomím této skutečnosti můžeme naši práci hodnotit jako příspěvek k tématu potenciálně vhodný k opatrné interpretaci dílčích dat.

Seznam použité literatury

- Arslan, C, Dilmaç, B., Hamarta, E. (2009). Coping with stress and trait anxiety in terms of locus of control: a study with turkish university students. *Social Behavior and Personality*, 37(6), 791–800. Citováno 20. 10. 2011, dostupné také z EBSCOhost. doi 10.2224/sbp.2009.37.6.791.
- Balaštíková, V., Blatný, M. (2003). *Determinanty výběru strategií zvládání zátěže: osobnost, vnímání situace, sebepojetí* [Zpráva]. Brno: Psychologický ústav AV ČR – 9(2).
- Balcar, K. (1996a). Dotazník osobní příčinné orientace I: Konstrukce, standardizace a psychometrická analýza. *Československá psychologie*, 40(1), 28–38.
- Balcar, K. (1996b). *Dotazník osobní příčinné orientace. Pokyny k administraci, skórování a interpretaci*. Nepublikovaný rukopis.
- Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum.
- Baštecký, J. (1993). Vymezení problematiky, základní teoretická východiska a etiologie a patogeneze psychosomatických poruch. In: J. Baštecký, J. Šavlík, J. Šimek et al. (eds.), *Psychosomatická medicína* (s. 27–34). Praha: Grada.
- Baumgartner, F. (2001). Zvládanie stresu – coping. In J. Výrost, I. Slaměník (eds.), *Aplikovaná sociální psychologie II* (s. 191–208). Praha: Grada.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., Nygren, K. G., (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506–1512. Citováno 12. 6. 2011, dostupné také z <http://humrep.oxfordjournals.org>. doi: 10.1093/humrep/dem046.
- Boivin, J., Griffiths, E., Venetis, C. A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ: British Medical Journal (Overseas a Retired Doctors Edition)*, 342(7795). Citováno 13. 9. 2011, z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3043530/>. doi:10.1136/bmj.d223.
- Bollini, A. M., Walker, E. F., Hamann, S., Kestler, L. (2004). The influence of perceived control and locus of control on the cortisol and subjective responses to stress. *Biological Psychology*, 67(3), 245–260. Citováno 14. 5. 2011, dostupné také z www.sciencedirect.com. doi:10.1016/j.biopsycho.2003.11.002.
- Breckwoldt, M. (1997). Poruchy plodnosti. In G. Martius, M. Breckwoldt, A. Pfleiderer (eds.), *Gynekologie a porodnictví* (V. Šabata, překl.), (s. 373 – 387). Martin: Osveta.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. Citováno 27. 11. 2011, dostupné také z <http://www.springerlink.com/content/7416768243724161/>.

Cedars, M, Cedars, I. (2005). *Infertility: practical pathways in obstetrics a gynecology*. New York: McGraw-Hill.

Connor-Smith, J. K., Flachsbart, C. (2007). Relations Between Personality and Coping: A Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080–1107. Citováno 2. 12. 2011, dostupné také z <http://www.psychwiki.com/dms/wiki/uploadedfiles/other/Connor-Smith2007.pdf>. doi: 10.1037/0022-3514.93.6.1080.

Cousineau, T. M., Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293–308. Citováno 10. 11. 2011, dostupné také z <http://www.sciencedirect.com>.

Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference? *Journal of Personality*, 66(6), 919–946. Citováno 28. 11. 2011, dostupné také z EBSCOhost.

Čepický, P. (1993). Psychosomatická problematika v gynekologii a porodnictví. In Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. et al. (eds.), *Psychosomatická medicína* (s. 246-267). Praha: Grada.

Čepický, P. (1999). Psychoendokrynologie prolaktinu. In P. Čepický (ed.), *Celostátní kongres České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP: program: Karlovy Vary, 11. – 13. listopad 1999* (s. 40–43). Praha: Levret.

Čepický, P. (2011). Psychogenní neplodnost. *Psychosom*, 9(2), 145–147. Citováno 12. 9. 2011, dostupné také z http://www.psychosom.cz/?page_id=1576.

Český statistický úřad, (2003). *Úroveň vzdělání obyvatelstva ČR podle výsledků sčítání lidu v roce 2001*. Citováno 5. 11. 2011 z <http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/p/4113-03>

Český statistický úřad, (2011). *Počet obyvatel podle oblastí, krajů a okresů v 1. pololetí 2011*. Dostupné 27. 11. 2011 z <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4001-11>.

Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D., D'Hooghe, T., (1998) Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 69(6), 1026–1033. Citováno 5. 6. 2011, dostupné také z <http://www.sciencedirect.com>.

Demyttenaere, K., Nijs, P., Evers-Kiebooms, G., Koninckx, P. R. (1991). Coping, ineffectiveness of coping and the psychoendocrinological stress responses during in-vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(2/3), 231–243.

Doherty, C. M., a Clark, M. M. (2006). *Léčba neplodnosti: Podrobný rádce neplodným pářům*. Brno: Computer Press.

Dunkel-Schetter, C., Lobel, M. (1991). Psychological reaction to infertility. In A. L. Stanton, Dunkel-Schetter, C. (eds.). *Infertility: Perspectives from Stress and coping Research* (s. 29–60). New York: Plenum.

- Ebbesen, S. S., Zachariae, R. R., Mehlsen, M. Y., Thomsen, D. D., Højgaard, A. A., Ottosen, L. L., et al. (2009). Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study. *Human Reproduction*, 24(9), 2173–2182. Citováno 12. 9. 2011, dostupné také z <http://humrep.oxfordjournals.org>. doi:10.1093/humrep/dep185.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal Of Health & Social Behavior*, 21(3), 219–239. Citováno 1. 12. 2011, dostupné také z EBSCOhost.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003. Citováno 1. 12. 2011, dostupné také z <http://scholar.google.com.ezproxy.is.cuni.cz/>.
- Frej, D. (2004). *Stres*. Praha: Triton.
- Freud, S. (1969). *Vybrané spisy I. 1. přednášky k úvodu do psychoanalýsy. 2. nová řada přednášek do psychoanalýsy* (O. Kučera, překl.). Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J. (v tisku). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies*. Citováno 19. 11. 2011, dostupné také z <http://www.sciencedirect.com>. doi:10.1016/j.sexol.2011.08.005.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679–1704. Citováno 5. 4. 2011, dostupné také z <http://www.sciencedirect.com>.
- Harlow, C. R., Fahy, U. M., Talbot, W. M., Wardle, P. G., Hull, M., G., R. (1996). Stress and stress-related hormones during in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 11(2), 274–279. Citováno 12. 9. 2011, dostupné také z <http://humrep.oxfordjournals.org>.
- Hendl, J., (2009). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. (3. přeprac. vyd.). Praha: Portál.
- Höschl, C., Šimek, J. (1993). Koncepce psychického stresu. In Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. et al. (eds.). *Psychosomatická medicína*. (s. 41–48). Praha: Grada.
- Chvála, V., Machander, R. A., Machanderová, J., Knop, J., Štuplová, I., Tichá, B. (1991). Je psychogenní sterilita obranou proti dokončení separace dcery od matky? *Československá psychologie*, 35(6), 509–511.
- Janke, W., Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládání stresu – SVF 78* (J. Švancara, překl.). Praha: Testcentrum.
- Kalat, J. W. (2009). *Biological psychology* (10th ed.). Belmont: Wadsworth.
- Kebza, V., (2001). Sociální psychologie zdraví. In J. Výrost, I. Slaměník (eds.), *Aplikovaná sociální psychologie II* (s. 19–35). Praha: Grada.

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.

Kebza, V. (2009). *Chování člověka v krizových situacích*. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze.

Kipper, D. A., a Zadik, H. (1996). Functional infertility and femininity: A comparison of infertile women and their mothers. *Journal of Clinical Psychology*, 52(4), 375–382. Citováno 12. 3. 2011, dostupné také z EBSCOhost.

Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L., Sieber, W. (2001), A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76(4), 675–687. Citováno 10. 11. 2011, dostupné také z <http://www.sciencedirect.com/>.

Koryntová, D. (1999). Psychosomatické aspekty sterility. In P. Čepický (ed.), *Celostátní kongres České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP: program: Karlovy Vary, 11. – 13. listopad 1999* (s. 85–91). Praha, Levret.

Koryntová, D. (2002). Psychosomatika sterility. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 11(1), 635–638.

Koryntová, D., Mára, M. (2004). Omyly a kontroverze v diagnostice a léčbě sterility. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 13(1), 20–27.

Koryntová, D., Síbrtová, K., Kloučková, E., Čepický, P., Řežábek, K., Živný, J. (2001). Úzkost a deprese před in vitro fertilizací – muži a ženy reagují různě podle příčiny neplodnosti. *Česká gynekologie*, 66 (1), 47–51.

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Kubíček, V. (2004). Mužská infertility – „Guidlines“ 2004. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 13(Suppl. C), 812–817.

Lapane, K. L., Zierler, S., Lasater, T. M., Stein, M., Barbour, M. M., Hume, A. L. (1995). Is a history of depressive symptoms associated with an increased risk of infertility in women? *Psychosomatic Medicine*, 57(6), 509–513. Citováno 11. 4. 2011, dostupné také z <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/57/6/509.full.pdf+html>.

Lara, L., Grymberg, B., Sugiyama, E. (2001). Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistada: Un enfoque cualitativo. *Salud Mental*, 24(5), 30–36. Citováno 13. 10. 2011, dostupné také z EBSCOhost.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, St. Louis, San Francisco, Toronto, London, Sydney: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing company [online]. Dostupné také z <http://www.google.com/books?hl=cs&lr=&id=i-ySQQUUp8C&oi=fnd&pg=PT6&dq=Stress,+appraisal+and+coping&ots=DdEOnujiUi&sig=nGg0HJICyiYIi1Cg9j7QuhIGCIU#v=onepage&q=Stress%2C%20appraisal%20and%20coping&f=false>.

Lee, T. Y., Sun, G. H., Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16(8), 1762–1767. Citováno 20. 11. 2011, dostupné také z <http://humrep.oxfordjournals.org/content/16/8/1762.full>. doi: 10.1093/humrep/16.8.1762.

Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. Lefcourt (ed.), *Research with the Locus of Control Construct* (Vol. 1), (s. 15–63). New York: Academic Press. Citováno 28. 11. 2011, dostupné také z <http://hannalevenson.com/locus.pdf>

Levi-Setti P. E., Albani, E., Cavagna, M., Bulletti, C., Colombo, G. V., Negri, L. (2003). The impact of embryo transfer on implantation - a review. *Placenta*, 24(Suppl. 2), 20–26. Citováno 5. 9. 2011, dostupné také z <http://www.sciencedirect.com/>. doi: 10.1016/S0143-4004(03)00187-5.

Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G. (2008). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of reproductive and infant psychology*, 27(3), 223–237. doi: 10.1080/02646830802350864.

Machačová, H., Boschek, P. (1997). Změny objektivních a subjektivních ukazatelů stresu v situaci modelové zátěže. *Československá psychologie*, 41(1), 30–38.

Marcus, S. (2011). In vitro fertilization: Provides a summary of the complications associated with IVF pregnancies compared to natural conception. Citováno 20. 11. 2011 z <http://www.ivf-infertility.com/ivf/standard/outcome.php>.

Mardešić, T. (1996). *Neplodnost*. Praha: Makropulos.

Mardešić, T. (2002). Indikace a výsledky léčby metodami asistované reprodukce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 11(4), 565–571. Praha: Levret.

Mardešić, T. (2010). *Když se nedaří otěhotnět: Průvodce pro páry s narušenou plodností*. Praha: Mladá fronta.

Marešová, D. (1996). Fyziologie rozmnožování a těhotenství. In S. Trojan, M. Langmeier (eds.), *Lékařská fyziologie* (s. 317–331). Praha: Grada.

Matějů, I. (2002). *Psychosexuální charakteristiky partnerů žijících v neplodných manželstvích*. Nepublikovaná diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze.

Matějů, I., Weiss, P., Urbánek, V. (2005a). Psychologické důsledky neplodnosti. *Československá psychologie*, 49(3), 251–260.

Matějů, I., Weiss, P., Urbánek, V. (2005b). Psychologické příčiny neplodnosti. *Československá psychologie*, 49(2), 131–139.

Meniru, G. I. (2001). *Cambridge guide to infertility management and assisted reproduction*. Cambridge: Cambridge University Press.

Mikšík, O., (2007). *Psychologické teorie osobnosti*. Praha: Karolinum.

Millheiser, L. S., Helmer, A. E., Quintero, R. B., Westphal, L. M., Milki, A. A., Lathi, R. B. (2010). Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertility and Sterility*, 94(6), 2022–2025. doi:10.1016/j.fertnstert.2010.01.037.

Mitchell, S. A., Black, M. J. (1999). *Freud a po Freudovi: Dějiny moderního psychoanalytického myšlení* (Š. Kovařík, překl.). Praha: Triton.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: Tabulární část (desátá revize aktualizovaná druhá verze). (2008). Praha: Bomton.

Morschitzky, H., Sigrid, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky* (P. Babka, překl.). Praha: Portál.

Nelson, C. J., Shindel, A. W., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., Mulhall, J. P. (2008). Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 1907–1914. Citováno 18. 11. 2011, dostupné také z EBSCOhost. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00880.x.

Novotny, P. P. (1997). *Co dělat při neplodnosti* (H. Vlasová, překl.). Praha: Pragma.

Ostró, A., Pilka, L., Lešník, F. (2009). Reprodukční medicína: Současnost a perspektivy. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.

Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J., Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction*, 24(7), 1656–1664. Citováno 24. 9. 2011, dostupné také z <http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/7/1656> doi:10.1093/humrep/dep061.

Petrosky, J. M., Birkimer, J. C. (1991). The relationship among locus of control coping styles and psychological symptom reporting. *Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 336–345.

Podolska, M. Z., Bidzan, M. (2011). Infertility as a psychological problem. *Ginekologia Polska*, 82(1), 44–49. Citováno 13. 10. 2011, dostupné také z www.gynekopol.com

Poněšický, J. (2006). Psychoanalytický přístup k psychosomatice. In J. Růžička (ed.), *Psychosomatický přístup k člověku* (s. 49–85). Praha: Triton.

- Rokyta, P. (producer). (2011, 6. září). *Neplodnost a její léčení*. Radio Plzeň [Audio podcast]. Dostupné také z http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8AdPehlQCjCJ:www.stopneplodnosti.cz/download/neplodnost-v-mediich/20110906_radio-plzen_neplodnost-a-jeji-leceni.doc+1%C3%A9%C4%8Dba+sterility+statistika+pr%C5%AFm%C4%9Brn%C3%BD+v%C4%9Bk&hl=cs&gl=cz.
- Rokyta, R., Marešová, D., Turková, Z. (2009). *Somatologie: Učebnice*. Praha: Wolters Kluwer ČR.
- Rokyta, R., Marešová, D., Turková, Z. (2002). *Somatologie II: Učebnice*. Praha: Eurolex Bohemia.
- Řežábek, K. (2001). Hodnocení úspěšnosti v asistované reprodukci. *Česká gynekologie*, 66(5), 322–328.
- Řežábek, K. (2002). Vyšetření pro sterilitu. *Moderní Gynekologie a porodnictví*, 11(4), 512–523. Praha: Levret.
- Řežábek, K. (2004). *Léčba neplodnosti: příčiny neplodnosti, metody léčby, mimotělní oplodnění, zákony* (3. aktual. vyd.). Praha: Grada.
- Řežábek, K. (2008a). *Asistovaná reprodukce*. Praha: Maxdorf.
- Řežábek, K. (2008b). *Léčba neplodnosti* (4. aktual. vyd.). Praha: Grada.
- Sanders, K., A., Bruce, N. W. (1997). A prospective study of psychosocial stress and fertility in women. *Human Reproduction*, 12 (10), 2324–2329. Citováno 11. 11. 2011, dostupné také z <http://humrep.oxfordjournals.org/content/12/10/2324.full.pdf+html>. doi: 10.1093/humrep/12.10.2324.
- Sayersová, J. (1999). *Matky psychoanalýzy* (L. Smatanová, překl.). Praha: Triton.
- Selye, H. (1966). *Život a stres*. Bratislava: Obzor.
- Sexton, M. B., Byrd, M. R., von Kluge, S. (2010). Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *Journal of Psychiatric Research*, 44(4), 236–241. Citováno 20. 5. 2011, dostupné také z <http://www.sciencedirect.com>. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.06.007.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*, 20 (4), 1044–2005. Citováno 1. 10. 2011, dostupné také z <http://humrep.oxfordjournals.org/content/20/4/1044>. doi: 10.1093/humrep/deh687.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling*, 59(3), 244–251. Citováno 20. 9. 2011, dostupné také z <http://www.sciencedirect.com>.

Schreiber, M. Marešová, D. (2003). Fyziologie žláz s vnitřní sekrecí. In S. Trojan, M. Langmeier (eds.), *Lékařská fyziologie* (4. přeprac. a dopl. vyd.) (s. 475–505). Praha: Grada.

Síbrtová, K. (2000) *Vliv psychologických faktorů na úspěšnost či neúspěšnost umělého oplodnění u žen*. Nepublikovaná diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze.

Slepičková, L. (2009). Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce. *Sociologický časopis*, 45(1), 177–203.

Snyder, C. R., Mann Pulvers, K. (2001). Dr. Seuss, the coping machine, and „on the places you'll go”. In C. R. Synder (ed), *Coping with stress: effective people and processes* (s. 3–29). Oxford: Oxford University Press.

Soenens, B., Berzonsky, M. D., Vansteenkiste M., Beyers, W., Goossens, L. (2005). Identity styles and causality orientations: in search of the motivational underpinnings of the identity exploration process. *European Journal of Personality*, 19(5), 427–442. Citováno 2. 12. 2011, dostupné také z www.interscience.wiley.com. doi: 10.1002/per.551.

Suls, J., David, J. P., Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal Of Personality*, 64(4), 711–735. Citováno 27. 11. 2011, dostupné také z EBSCOhost. doi:10.1111/1467-6494.ep9706272185.

Taylor, E. (1995). The stress of infertility. (Cover story). *Human Ecology*, 23(4),12. Citováno 15. 10. 2011, dostupné také z EBSCOhost.

The psychological impact of infertility and its treatment. (2009). *Harvard Mental Health Letter*, 25(11), 1–3. Citováno 10. 10. 2011, dostupné také z EBSCOhost.

Ulčová-Gallová, Z. (2002). Imunologická příčina poruchy plodnosti. *Moderní Gynekologie a porodnictví*, 11(4), 553–560. Praha: Levret.

Ulčová-Gallová, Z. (2006). *Neplodnost – útok imunity: Metody vyšetření, příčiny neplodnosti, důvody potráčivosti, metody léčby, nejčastější otázky*. Praha: Grada.

Van Balen F. (2002) The psychologization of infertility. In M. C. Inhorn, F. van Balen (eds) *Infertility around the globe* (s. 79–98). Berkeley: University of California press.

Van den Broeck, U., D'Hooghe, T., Enzlin, P., Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, 25(6) 1471–1480. Citováno 12. 9. 2011, dostupné také z <http://humrep.oxfordjournals.org/content/25/6/1471.full.pdf+html>. doi:10.1093/humrep/deq030.

Ventruba, P., Žáková, J., Višňová, H. (2002). Vyšetření pro sterilitu. *Moderní Gynekologie a porodnictví*, 11(4), 572–579. Praha: Levret.

Verhaak, C. M., Jesper, M., Smeenk, M. J., Eugster, A., van Minnen, A., Kremer, J. A. M., et al. (2001). Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*, 76(3), 525–531. Citováno 29. 9. 2011., dostupné také z <http://www.sciencedirect.com>. doi:10.1016/S0015-0282(01)01931-8.

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaijmaat, F. W., Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27–36. Citováno 10. 9. 2011, dostupné také z <http://humupd.oxfordjournals.org/content/13/1/27.full>. doi:10.1093/humupd/dml040.

Vlasová, H. (1997). Jak se nám to mohlo stát? In P. P. Novotný, *Co dělat při neplodnosti*. (s. 13), [poznámka překl.]. Praha: Pragma.

Vokurka, M., Hugo, J. (1998). *Praktický slovník medicíny* (5. rozš. Vyd.). Praha: Maxdorf.

Weiss, P., Matějů, I., Urbánek, V. (2004). Sexuální vývoj, aktivita, funkce a vzrušivost u párů z neplodných manželství. *Praktický lékař*, 84(2), 69–71.

Winn, P. (ed). (2001). *Dictionary of Biological Psychology*. London, New York: Routledge.

Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S-E., Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22(2), 598–604. Citováno 10. 10. 2011, dostupné také z humrep.oxfordjournals.org. doi: 10.1093/humrep/del1401.

Wischmann, T. H. (2003). Psychohemic infertility – Myths and facts. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 20(12), 485–494. Citováno 10. 10. 2011, dostupné také z <http://www.springerlink.com.ezproxy.is.cuni.cz>.

World Health Organization (2011). *Infertility*. Citováno 13. 5. 2011, dostupné také z <http://www.who.int/topics/infertility/en/>.

Zvěřina, J. (1992). *2x 100 intimních rad pro muže a ženy*. Praha: Výběr.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Průvodní text	I
Příloha č. 2: Anamnestický dotazník	III
Příloha č. 3: Inventář SVF 78 – přepis	VIII
Příloha č. 4: Dotazník osobní příčinné orientace – DOPO	XII
Příloha č. 5: Příklad vyhodnocení inventáře SVF 78	XVII
Příloha č. 6: Tabulka výsledků korelační analýzy věku a škál dotazníku DOPO.	XXIV